



**UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**CONDICIONANTES DEL CONSUMO DE  
MEDICAMENTOS: ANÁLISIS DE LAS  
ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD  
1987-2006**

---

**TESIS DOCTORAL**

---

**Beatriz Rosa Sánchez López**

**Santiago de Compostela, 2011**





Dr. Francisco Caamaño Isorna  
Departamento de Medicina Preventiva  
Facultade de Medicina  
15782 Santiago de Compostela  
Telefono: 34-981581237. Fax: 34-981572282  
E-mail: [francisco.caamano@usc.es](mailto:francisco.caamano@usc.es)

D. Francisco Caamaño Isorna, Profesor Titular de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela, con DNI 33281168F,

**CERTIFICA:**

Que o traballo titulado “Condicionantes del consumo de medicamentos: Análisis de las Encuestas Nacionales de Salud 1987 - 2006” foi realizado baixo a súa dirección por D<sup>a</sup> Beatriz Rosa Sánchez López.

Que o devandito traballo reúne tódalas esixencias científicas e formais requeridas polo normativa vixente, polo que emite a autorización perceptiva a súa aceptación e posterior defensa pública como Tese de Doutoramento.

Santiago de Compostela, 26 de setembro de 2011

Prof. Dr/D. Francisco Caamaño Isorna

Dña. Beatriz Rosa Sánchez López



## **AGRADECIMIENTOS**

A mi Tutor y Director de tesis, Dr. Francisco Caamaño Isorna, por haber confiado en mí para la realización de este trabajo. Por su gran dedicación y entrega durante el tiempo que nos ha llevado desarrollarlo, gracias a él verá la luz esta tesis. Además quiero dejar constancia de que es merecedor de mi admiración por su calidad humana y profesional.

A la Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Santiago de Compostela y Coordinadora del Programa de Doctorado Atención Integral de la Salud, Dra. María Jesús Núñez Iglesias, por su inestimable dedicación al frente de dichas responsabilidades, sin su inagotable perseverancia no hubiera sido posible la implantación de dicho Programa de Doctorado.

A mis amigos y compañeros que de una forma u otra me han ayudado en la realización de esta tesis ofreciéndome apoyo, amistad, aliento, consejos y tiempo.

A mi familia, por estar siempre conmigo, por quererme, apoyarme y tolerarme en los momentos más difíciles y sobre todo por darme tiempo.

A mis padres, por su amor, esfuerzo, sacrificio continuo y apoyo incondicional.

A mis abuelos, por la energía positiva que me han transmitido siempre y que en esta ocasión ha permitido que este reto se convirtiera en una realidad.

A todos mi mayor reconocimiento y gratitud.



## ÍNDICE

<b>1.- INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>2.- CONCEPTO DE MEDICAMENTO.....</b>	<b>11</b>
<b>3.- CONCEPTO DE AUTOMEDICACIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>4.- FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE MEDICAMENTOS .....</b>	<b>29</b>
4.1.- Características sociodemográficas .....	29
4.1.1.- Edad .....	29
4.1.2.- Sexo .....	33
4.1.3.- Estado civil y forma de convivencia .....	36
4.1.4.- Nivel de estudios.....	37
4.1.5.- Seguro médico .....	38
4.1.6.- Situación laboral .....	39
4.1.7.- Tamaño del hábitat.....	40
4.2.- Variables de salud .....	41
4.2.1.- Consumo de alcohol.....	41
4.2.2.- Consumo de tabaco .....	43
4.2.3.- Percepción de salud .....	44
4.2.4.- Enfermedad crónica .....	45
<b>5.- OBJETIVOS .....</b>	<b>49</b>
<b>6.- SUJETOS Y MÉTODO.....</b>	<b>53</b>
6.1.- Método .....	53
6.2.- Sujetos de estudio .....	53
6.2.1.- Metodología de la ENSE 1987 .....	53
6.2.2.- Metodología de la ENSE 1993 .....	55
6.2.3.- Metodología de la ENSE 1995 .....	58
6.2.4.- Metodología de la ENSE 1997 .....	62

6.2.5.- Metodología de la ENSE 2001 .....	65
6.2.6.- Metodología de la ENSE 2003 .....	69
6.2.7.- Metodología de la ENSE 2006 .....	73
6.3.- Generación de la base de datos del conjunto de las Encuestas .....	78
6.3.1.- Lectura de datos en formato texto .....	78
6.3.2.- Recodificación de variables .....	80
6.3.3.- Generación de la base de datos conjunta .....	80
6.3.4.- Definición de variables .....	81
6.3.5.- Análisis de datos .....	88
<b>7.- RESULTADOS .....</b>	<b>93</b>
7.1.- Descripción de las muestras .....	93
7.1.1.- Encuesta Nacional de Salud 1987 .....	93
7.1.2.- Encuesta Nacional de Salud 1993 .....	99
7.1.3.- Encuesta Nacional de Salud 1995 .....	106
7.1.4.- Encuesta Nacional de Salud 1997 .....	113
7.1.5.- Encuesta Nacional de Salud 2001 .....	121
7.1.6.- Encuesta Nacional de Salud 2003 .....	128
7.1.7.- Encuesta Nacional de Salud 2006 .....	135
7.2.- Descripción de muestras ponderadas por pirámide europea .....	142
7.2.1.- Características sociodemográficas .....	142
7.2.2.- Variables independientes .....	144
7.2.3.- Variables dependientes .....	148
7.3.- Análisis bivalente .....	152
7.3.1.- Número de medicamentos consumidos .....	152
7.3.2.- Proporción de sujetos que han consumido medicamentos .....	157
7.3.3.- Número de medicamentos consumidos no prescritos .....	162



7.3.4.- Proporción se sujetos que se han automedicado .....	167
7.3.5.- Proporción de sujetos que se han automedicado de manera aceptable .....	172
7.3.6.- Proporción de sujetos que se han automedicado de manera inaceptable .....	177
7.4.- Análisis multivariante .....	183
7.4.1.- Proporción de sujetos que han consumido medicamentos .....	183
7.4.2.- Proporción de sujetos que han consumido medicamentos prescritos y que se han automedicado .....	185
7.4.3.- Proporción de sujetos que se han automedicado de manera aceptable e inaceptable .....	188
<b>8.- DISCUSIÓN .....</b>	<b>194</b>
8.1.- Factores explicativos del consumo de medicamentos.....	194
8.2.- Factores explicativos del consumo de medicamentos prescritos vs. autoconsumidos....	197
8.3.- Factores explicativos de la automedicación aceptable vs. inaceptable.....	201
<b>9.- CONCLUSIONES .....</b>	<b>206</b>
<b>10.- BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>210</b>



## INTRODUCCIÓN

---



## 1.- INTRODUCCIÓN

El concepto de salud está interrelacionado inseparablemente con el de enfermedad, de tal modo que ambos términos se hallan situados en los extremos de una misma línea imaginaria. Constituyen, pues, un binomio en el que la situación de las personas se desplaza hacia uno u otro lado según su estado: en el lado de la enfermedad el extremo es la muerte; en el lado de la salud se hace más difícil establecer un final y este siempre será una utopía a alcanzar.

La línea divisoria entre la salud y la enfermedad es aún más difícil de trazar, si cabe, que ese final utópico que describimos para la salud. Depende, por un lado, de la percepción subjetiva y, por otro, de la percepción que tienen los demás, de manera destacable los profesionales sanitarios que, en última instancia, catalogan los procesos de enfermedad.

La sociedad cambia, a veces lentamente y otras con grandes turbulencias, como nos ha tocado vivir en las últimas décadas. Estos cambios, en mayor o menor medida, afectan a la práctica totalidad de las esferas sociales y el mundo sanitario no es una excepción, de tal forma que la definición de salud y, más particularmente, el lugar donde se establece la línea divisoria entre la salud y la enfermedad se ve sometida a las variaciones de la ciencia del momento y a la percepción social del fenómeno de enfermedad.

Sirva como ejemplo la siguiente reflexión: en la primera mitad del siglo XX ¿tenían los profesionales sanitarios, los legisladores y los ciudadanos la misma idea que tienen ahora de su papel en la conservación de la salud y de su responsabilidad social y/o individual frente a la salud? No, sin duda, tal como evidencian las leyes que determinaron la organización de los servicios sanitarios del pasado siglo, que más adelante comentaremos.

La evolución de la concepción de salud está ligada, pues, a los valores y a las condiciones de vida de las poblaciones predominantes en cada época. En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS), creada tras la finalización de la Segunda Guerra Mundial y ratificada el 7 de abril de 1948, define la salud en el preámbulo de su Constitución como “(...) *el estado absoluto de bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedad*”<sup>1</sup>. Más allá de reconocer la salud como ausencia de enfermedad, introduce la idea de que la salud, además de ser un problema individual, tiene

implicaciones sociales que requieren ser enfocadas desde una dimensión socioeconómica.

Teniendo en cuenta que la cultura, la economía y las relaciones sociales actúan como condicionantes importantes de la salud, en su Trigésima Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1977 la OMS estableció que “(...) *el principal objetivo de carácter social para los gobiernos y para la OMS durante los próximos decenios es conseguir, de aquí al año 2000, que todos los habitantes del mundo tengan acceso a un nivel de salud que les permita desarrollar una vida productiva social y económicamente*”. Este mensaje iba destinado a todos los países, incluyendo los europeos, donde a pesar de los enormes recursos empleados y del importante desarrollo científico las desigualdades en salud eran muy grandes y el nivel de salud era mucho más bajo del posible<sup>2</sup>.

En su Título I relativo a los derechos y deberes fundamentales y dentro del capítulo tercero, que hace referencia a los principios rectores de la política social y económica, la Constitución española de 1978 recoge “(...) *que se reconoce el derecho a la protección de la salud*”, lo que significa que el deber de la defensa de la salud es uno de los bienes más preciados del individuo y la comunidad de la que forma parte y, por lo tanto, el mantenimiento de la salud de las personas y de las colectividades debe ser objeto fundamental de los servicios sanitarios a través de todos los medios a su alcance<sup>3</sup>.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria celebrada en Alma-Ata en septiembre de 1978 se reiteró la vigencia del concepto de salud promulgado por la OMS en 1946 y se instó a todos los países a desarrollar estructuras basadas en un importante impulso de la Atención Primaria, que debía incorporar la participación comunitaria y las actividades de prevención, promoción y educación sanitaria como piezas fundamentales en la consecución de estos objetivos de salud<sup>4</sup>. España se hizo eco de esta conferencia y publicó en 1984 el Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud<sup>5</sup>.

Dando respuesta al mandato constitucional español, la Ley General de Sanidad publicada en 1986 desarrolla en sus 113 artículos el alcance de los derechos de la protección de la salud y, entre otras directrices, recoge<sup>6</sup>:

- La universalización de la asistencia sanitaria, con lo que el régimen de la Seguridad Social basado en la atención sanitaria a los trabajadores y a sus familias y el subrégimen de atención a la beneficencia para los “pobres” se transforma en un sistema de salud común para todos los españoles.

- La concepción integral de la salud, que prioriza las actividades de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades. Mantiene y potencia la filosofía y la estructura propuesta en el Real Decreto de 1984 sobre estructuras básicas de la salud.
- El derecho “(...) a obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer la salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado”.

La evolución de la sociedad en los países desarrollados ha permitido alcanzar un estado de bienestar en el que la población puede solicitar servicios de salud que antes no demandaba, lo que también favorece una progresiva medicalización de la vida moderna, influenciada indudablemente por los medios de comunicación y por una actitud mercantilista y consumista de la sociedad. Todo ello deriva en una concepción de la salud que propicia que la población demande desde tener un cuerpo perfecto, incluyendo la negativa al envejecimiento, a la solución de problemas banales habitualmente autolimitados y para los que la medicina a veces no tiene respuesta<sup>7,8</sup>.

La incorporación de las nuevas tecnologías de la información a muchas esferas de la vida cotidiana supone un cambio sin precedentes en lo que se refiere al incremento de posibilidades que ciudadanos y pacientes tienen para acceder a la información relativa a la salud, a las enfermedades, a sus factores condicionantes y a las posibilidades de prevención, curación o rehabilitación. El creciente interés de los ciudadanos y de los medios de comunicación social sobre el fenómeno salud-enfermedad condiciona también una sucesión imparable de información sobre tecnologías sanitarias, nuevos descubrimientos, nuevos medicamentos y otras cuestiones de salud que mantienen sistemáticamente expectativas de mejora en la capacidad de la medicina para luchar contra las enfermedades.

Todo esto implica que actualmente asistamos a un cambio radical en la relación médico-paciente. La tradicional relación, basada en la existencia de importantes asimetrías de información entre ambos agentes, está evolucionando hacia mayores exigencias por parte de los ciudadanos, derivadas en buena parte de estas mayores posibilidades de acceso a la información y también de la madurez de la ciudadanía en el ejercicio de sus derechos. En esta evolución el paciente ha pasado de ser un sujeto pasivo, que recibía información sobre su enfermedad por parte del médico, a ser un

sujeto activo que toma decisiones compartidas con su médico en todo lo referente a su enfermedad y tratamiento, decisiones muchas veces trascendentes para su futuro y el de su familia. Para ello el paciente debe disponer de una información de calidad, que actualmente procede no solo del médico o del farmacéutico, sino que es complementada con la obtenida en prensa, Internet, en asociaciones de pacientes y por la emitida por la industria farmacéutica.

Cada vez son más los pacientes que obtienen información médica y farmacéutica en los medios de comunicación y en la red. Este mayor acceso a la información sobre temas de salud puede acarrear algunos riesgos, entre los que destacamos el cuestionamiento de los conocimientos o las recomendaciones de los médicos o farmacéuticos, la generación de expectativas excesivas en tecnologías de escasa efectividad y el uso irracional de medicamentos.

Uno de los objetivos de los sistemas sanitarios es conseguir que los recursos se empleen de forma eficaz, segura y eficiente. Los medicamentos son uno de estos recursos y constituyen una de las principales herramientas en el abordaje del proceso asistencial, tanto en la vertiente terapéutica como en la preventiva. Resulta de vital importancia que su uso se realice adecuadamente<sup>9</sup>.

Con el presente estudio pretendemos contribuir a identificar los factores asociados al consumo de medicamentos partiendo de las Encuestas Nacionales de Salud de España, herramientas de gran valor y utilidad para medir la prevalencia del consumo de medicamentos en la población e identificar los factores de salud y sociosanitarios asociados al mismo.



## 2.- CONCEPTO DE MEDICAMENTO

La Ley del Medicamento de 1990 definió como medicamento “(...) *toda sustancia medicinal y sus asociaciones o combinaciones destinadas a su utilización en las personas o en los animales que se presente dotada de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias o para afectar a funciones corporales o al estado mental. También se consideran medicamentos las sustancias medicinales o sus combinaciones que pueden ser administrados a personas o animales con cualquiera de estos fines, aunque se ofrezcan sin explícita referencia a ello*”<sup>10</sup>.

Esta definición estuvo vigente en España hasta que en el año 2006 entró en vigor la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, que aborda una serie de modificaciones derivadas de la incorporación al ordenamiento jurídico español de la Directiva 2004/27/CE y 2004/28/CE del Parlamento Europeo y del Consejo<sup>11,12</sup>, y entre las que destaca el abandono del concepto de especialidad farmacéutica, sobre la que estuvo asentada la normativa española, y que afectan a la definición de medicamentos legalmente reconocidos, establece una nueva definición de medicamento de uso humano, el concepto de genérico armonizado en la Unión Europea y la incorporación de medicamento de uso veterinario.

La Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios define medicamento de uso humano como “(...) *toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico*”, haciendo clara diferencia con el medicamento de uso veterinario<sup>13</sup>.

Existen distintos tipos de medicamentos legalmente reconocidos. Los más conocidos por la población son, además de los medicamentos de uso humano antes mencionados, las fórmulas magistrales y los preparados oficinales.

La Ley 29/2006 define como fórmula magistral “(...) *el medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por un farmacéutico o bajo su dirección, para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa detallada de los principios activos que incluye, según las normas de correcta elaboración y control de calidad*

*establecidas al efecto, dispensado en oficina de farmacia o servicio farmacéutico y con la debida información al usuario en los términos legalmente establecidos”. La misma ley determina como preparado oficial “(...) aquel medicamento elaborado según las normas de correcta elaboración y control de calidad establecidas al efecto y garantizado por un farmacéutico o bajo su dirección, dispensado en oficina de farmacia o servicio farmacéutico, enumerado y descrito por el Formulario Nacional, destinado a su entrega directa a los enfermos a los que abastece dicha farmacia o servicio farmacéutico”<sup>13</sup>.*

Tal y como se refleja en la propia definición, las propiedades básicas de los medicamentos de uso humano son:

- **Propiedades preventivas:** la prevención es una de las bases de la medicina moderna. Prevenir evita curar y tratar una enfermedad, con todos los esfuerzos y recursos que ello acarrea. Las vacunas son el mejor ejemplo de la acción preventiva de los medicamentos. Gracias a ellas se ha logrado controlar enfermedades mortales como la difteria, el tétanos o la poliomielitis, y disminuir la incidencia de enfermedades más comunes, tales como la gripe.
- **Propiedades curativas o de alivio de las enfermedades:** curar significa eliminar la causa de la enfermedad. Así, por ejemplo, el efecto curativo de los antibióticos consiste en la eliminación de la infección bacteriana. Otros medicamentos, como los analgésicos y los antihistamínicos, están diseñados exclusivamente para actuar sobre los síntomas.
- **Propiedades diagnósticas:** los medicamentos también se emplean para el diagnóstico de las enfermedades. Los más importantes son los utilizados como contrastes radiológicos.

Es un hecho constatado que los medicamentos constituyen un recurso muy valioso en la prevención y curación de las enfermedades, pero también es cierto que si su uso no se realiza de manera adecuada pueden perder parte de su efectividad o incluso ocasionar perjuicios para la salud individual y colectiva, llegando a producir efectos catastróficos. Por eso únicamente se deben tomar cuando estén indicados por un profesional: el médico, odontólogo o podólogo, en el caso de los medicamentos sujetos a prescripción, o el farmacéutico en el caso de medicamentos no sujetos a prescripción, que son los que no necesitan receta para su dispensación. Resulta extremadamente preocupante el informe de la OMS que asegura que en el mundo más de la mitad de los medicamentos se

prescriben, se dispensan o se venden indebidamente y que la mitad de los pacientes no los toman correctamente<sup>14</sup>. El uso racional del medicamento permitiría enfrentar la enfermedad de una manera más efectiva y eficiente.

En 1985 la OMS definió el uso racional de medicamentos como “(...) *obtener el resultado terapéutico deseado, utilizando el menor número de medicamentos posible, durante el menor tiempo posible minimizando el costo económico del tratamiento administrado*”<sup>15</sup>.

El Real Decreto 1910/1984 de Receta Médica y la Orden del 7 de noviembre de 1985, del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, establecen que es la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios la que fija los medicamentos que deben dispensarse con o sin receta: “(...) *La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, previo informe del Centro Nacional de Farmacobiología y con los demás asesoramientos que en su caso estime oportunos, podrá excluir de la exigencia de receta o, por el contrario, imponerla, respecto de un determinado medicamento, cuando razones técnicas y sanitarias así lo aconsejen*”. Se establece asimismo que las especialidades farmacéuticas incluirán en el envase o cartón exterior y en el prospecto la leyenda “con receta médica” o “sin receta médica” según proceda, y las demás frases, signos y símbolos que con fines de identificación y preventivos exige la legislación vigente. Los signos y símbolos también deberán figurar en la etiqueta<sup>16,17</sup>.

La legislación española establece que estarán sujetos a prescripción médica los medicamentos que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos<sup>17</sup>:

- “(...) *Puedan presentar un peligro, directa o indirectamente, incluso en condiciones normales de uso, si se utilizan sin control médico.*
- *Se utilicen frecuentemente, y de forma muy considerable, en condiciones anormales de utilización, y ello pueda suponer, directa o indirectamente, un peligro para la salud.*
- *Contengan sustancias, o preparados a base de dichas sustancias, cuya actividad y/o reacciones adversas sea necesario estudiar más detalladamente.*

- *Se administren por vía parenteral, salvo casos excepcionales, por prescripción médica.*

En el Artículo 1 del Real Decreto 1910/1984 se define la receta médica como “(...) *el documento normalizado por el cual los facultativos médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación*”<sup>17</sup>. La receta médica, pública o privada, y la orden hospitalaria de dispensación son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por prescripción de un médico o un odontólogo, únicos profesionales en ese momento con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos. El farmacéutico ha de dispensar con receta aquellos medicamentos que la requieran.

Más recientemente, la Ley 28/2009 de modificación de la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios introduce en el ordenamiento jurídico español dos novedades de máxima relevancia. Por un lado incorpora a los podólogos, junto a los médicos y odontólogos, como profesionales sanitarios facultados para recetar, en el ámbito de sus competencias, medicamentos sujetos a prescripción médica. Y al mismo tiempo contempla la participación de los enfermeros por medio de la orden de dispensación en el uso, indicación y autorización de dispensación de determinados medicamentos y productos sanitarios<sup>18</sup>.

Ante la necesidad de establecer un nuevo marco jurídico para la receta médica y la orden de dispensación que posibilite profundizar en la mejora del uso racional de los medicamentos, se publica en el año 2011 el Real Decreto 1718/2010 sobre receta médica y órdenes de dispensación<sup>19</sup>. En él se establece una nueva definición de receta médica entendida esta como “(...) *el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los médicos, odontólogos o podólogos, legalmente facultados para ello, y en el ámbito de sus competencias respectivas, prescriben a los pacientes los medicamentos o productos sanitarios sujetos a prescripción médica, para su dispensación por un farmacéutico o bajo su supervisión, en las oficinas de farmacia y botiquines dependientes de las mismas o, conforme a lo previsto en la legislación vigente, en otros establecimientos sanitarios, unidades asistenciales o servicios farmacéuticos de estructuras de Atención Primaria, debidamente autorizados para la dispensación de medicamentos*”.

En Europa, según datos publicados por la Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automedication Responsable (AFIPA), la mayor prevalencia de medicamentos prescritos corresponde a Irlanda, Reino Unido, Bélgica y Alemania<sup>20</sup>. (Tabla 1)

**Tabla 1: Prevalencia de medicamentos prescritos**

País	Medicamento prescrito (%)
Irlanda	19,6
Reino Unido	18,6
Bélgica	16,9
Alemania	16,7
Dinamarca	14,2
España	12,2
Francia	10,0
Noruega	9,7
Holanda	9,1
Portugal	9,0
Austria	8,4
Suecia	8,0
Italia	7,8

AFIPA

El mayor consumo de medicamentos prescritos se suele dar en personas mayores de 65 años y en personas con un estado de salud inestable o frágil debido a su elevada comorbilidad (cuatro o más patologías asociadas)<sup>21,22</sup>. El paso de los años, la aparición progresiva de alteraciones y enfermedades crónicas y la mayor prevalencia de factores de riesgo provocan un incremento del consumo de fármacos y, en la mayoría de los casos, polimedicación.

Resultan preocupantes los resultados publicados por algunos autores que afirman que entre el 26 y el 45% de los ingresos hospitalarios están provocados por distintos tipos de problemas relacionados con la medicación (reacciones adversas, problemas de dosis, incumplimiento, mala utilización, errores de prescripción y otros)<sup>23,24,25</sup>. En el mismo contexto nos encontramos con investigaciones que muestran que hasta un 90% de estos problemas podrían prevenirse con una correcta actuación de los profesionales sanitarios<sup>26,27,28</sup>.

En relación con el consumo de determinados grupos terapéuticos, los fármacos psicótrópos representan uno de los grupos más consumidos por la población, tal y como se demuestra en diferentes estudios<sup>29,30</sup>. Su prescripción ha aumentado de forma preocupante en los últimos años. El consumo de ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, en particular de alprazolam y diazepam, es más alto en Europa que en cualquier otra parte del mundo<sup>31</sup>.

En el informe de la OMS de la Declaración de Tokio sobre el Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención a la Salud se definió la atención farmacéutica como *“(...) el compendio de las actitudes, los comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente”*, y se le estableció como misión *“(...) suministrar medicamentos y otros productos y servicios para el cuidado de la salud, ayudando a la sociedad a emplearlos de la manera más adecuada posible”*. Aunque la definición de Atención Farmacéutica se centró en la farmacoterapia aplicada al paciente, se acordó extender el carácter de beneficiario de la misma al público en su conjunto y reconocer asimismo al farmacéutico como dispensador de atención sanitaria que puede participar activamente en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, junto con otros miembros del equipo de atención de la salud<sup>32</sup>.

El Documento de Consenso del Ministerio de Sanidad y Consumo afirma que los farmacéuticos pueden facilitar la obtención de resultados terapéuticos adecuados y evitar, en gran medida, la aparición de problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a los mismos mediante la práctica de la atención farmacéutica, que de acuerdo a este documento consiste en<sup>33</sup>:

- La dispensación, entendida como *“(...) el servicio ofrecido por el farmacéutico, con una actitud activa, ante la demanda del ciudadano de un medicamento en concreto, generalmente mediante una prescripción médica o sin ella en el caso de que desee automedicarse. La actuación irá más allá de la mera entrega del medicamento, y orientada a discriminar la posible existencia de problemas potenciales, e ir acompañada de instrucciones sobre la adecuada utilización del medicamento”*.

- La indicación farmacéutica, que implica la ayuda al paciente en la correcta toma de decisiones para el autocuidado de su salud y se define como *“(...) el servicio que el farmacéutico realiza cuando el paciente consulta sobre un posible tratamiento para un problema de salud concreto, es decir, le pregunta “¿qué me da para...?”* En este caso siempre referido a aquellos síntomas o síndromes autolimitados para los cuales la legislación permite la dispensación de un medicamento sin prescripción médica o supondrá la derivación al médico en caso necesario.
- El seguimiento farmacoterapéutico, que se basa en una mayor implicación del farmacéutico con la monitorización y registro sistemático de la terapia que recibe el paciente. Se define como *“(...) la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de problemas relacionados con la medicación, de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”*.

La práctica profesional de los farmacéuticos es uno de los múltiples factores socioeconómicos que influyen decisivamente en la prestación de la atención sanitaria, en el uso racional de los medicamentos y en el desarrollo de la atención farmacéutica, tal y como afirma la OMS en el informe de la Declaración de Tokio de 1993<sup>32</sup> (Tabla 2).

**Tabla 2: Factores que influyen en la prestación de asistencia sanitaria, el uso racional de los medicamentos y el desarrollo de la atención farmacéutica**

Factores demográficos	Poblaciones que envejecen
	Poblaciones pediátricas vulnerables
	Aumento de la población
	Cambios en las características epidemiológicas
	Distribución geográfica de las poblaciones
Factores económicos	Aumento de los costos de la asistencia sanitaria
	Economía nacional y mundial
	Desigualdad creciente entre ricos y pobres
Factores tecnológicos	Desarrollo de nuevos medicamentos
	Técnicas nuevas de difusión de la información y nuevos datos sobre los medicamentos existentes
	Medicamentos más potentes y de mecanismos de acción más compleja
	Biotechnología
Factores sociológicos	Expectativas y participación de los consumidores
	Abuso y uso incorrecto de los medicamentos
	Utilización de la medicina tradicional
Factores políticos	Prioridades en el empleo de los recursos nacionales
	Cambios en la política económica
	Criterio de las instancias normativas en materia de farmacia
	Reglamentación farmacéutica
	Políticas farmacéuticas nacionales
Factores profesionales	Variaciones en la formación impartida a los farmacéuticos
	Distribución del personal de farmacia.
	Criterios cambiantes en lo que concierne a la atención al paciente dispensada en la farmacia
	Base de remuneración de los farmacéuticos
Factores de prestación de asistencia sanitaria	Acceso a la asistencia sanitaria
	Aumento del tratamiento de las enfermedades graves fuera de los hospitales

**OMS: Declaración de Tokio, 1993.**



### 3.- CONCEPTO DE AUTOMEDICACIÓN

El primer responsable de la salud es el propio individuo<sup>34</sup>. El autocuidado ha sido el método más utilizado para el mantenimiento de la salud a lo largo de toda la historia e incluye la adopción de hábitos saludables como una alimentación, higiene y deporte adecuados, con el objetivo de conseguir una buena calidad de vida, que pasa también por la ausencia de síntomas y síndromes de carácter leve que no precisan de una atención médica y por una automedicación responsable.

La automedicación está reconocida como una forma de autocuidado, término que la OMS definió en 1985 como *“(...) las actividades sanitarias organizadas de forma no oficial y la toma de decisiones relacionadas con la salud, que abarcan la automedicación, el autotratamiento y los primeros auxilios en el contexto social de la vida cotidiana”*<sup>34</sup>.

Los medicamentos que no requieren receta para su dispensación son aquellos que no necesitan un diagnóstico preciso y cuyos datos de evaluación toxicológica, clínica o de utilización y vía de administración no exigen prescripción médica. De modo que dichos medicamentos pueden ser utilizados para el autocuidado de la salud, previa dispensación en la oficina de farmacia por un farmacéutico que informará, aconsejará e instruirá sobre su correcta utilización. En este grupo de medicamentos que no necesitan receta se incluyen los medicamentos publicitarios, aquellos que pueden ser objeto de publicidad y, en ningún caso, están financiados con fondos públicos. Están destinados a la prevención, alivio o tratamiento de síntomas menores que no necesitan la intervención de un médico que realice el diagnóstico, la prescripción o el seguimiento del tratamiento, aunque requieren la intervención de un farmacéutico.

En 1986, la Oficina Regional Europea de la OMS publicó una serie de directrices a modo de compendio útil y breve de las características que debe poseer un medicamento para su empleo en automedicación, entendida esta como la utilización durante períodos de tiempo limitado de medicamentos que no requieren prescripción médica<sup>35</sup>:

- *(...) Deben ser eficaces sobre los síntomas de naturaleza autolimitada que motivan su empleo.*
- *Deben ser fiables para que sus efectos beneficiosos puedan ser percibidos de forma consistente y rápida.*

- *Deben ser de fácil empleo para que su administración no requiera precauciones complejas.*
- *De amplio margen terapéutico, es decir, que los errores en la dosificación no tengan repercusiones graves, y de cómoda posología, con objeto de facilitar el cumplimiento terapéutico.*
- *Se recomienda que el prospecto sea claro y sencillo y que especifique las situaciones en las que se deberá consultar al médico.*

Además de ser una forma de autocuidado reconocida, la automedicación tiene ventajas para los sistemas de salud, ya que facilita un mejor uso de las destrezas clínicas de los farmacéuticos, incrementa el acceso a la medicación y puede contribuir a reducir los costes de los medicamentos prescritos asociados a programas de salud financiados por los fondos públicos. No obstante, aumentar la disponibilidad de medicamentos sin prescripción puede alentar a la población a creer que hay un tratamiento médico para todas las enfermedades o dolencias. Su uso inadecuado constituye una práctica de riesgo cuyas consecuencias pueden ser el enmascaramiento de una enfermedad, reacciones adversas, interacciones medicamentosas, elección o administración incorrecta de medicamentos y riesgo de abuso o farmacodependencia<sup>36,37,38</sup>.

La población se automedica no solo con los medicamentos de venta libre sino también con aquellos que se venden bajo prescripción médica. Esta conducta induce al uso irracional de los medicamentos. El consumo irracional de medicamentos engloba la práctica de automedicación no responsable, el incumplimiento de la posología y forma de administración indicadas por el médico, el farmacéutico y/o el prospecto y el consumo de medicamentos que el paciente no necesita<sup>39</sup>.

En un estudio llevado a cabo en nuestro país sobre las peticiones realizadas en las oficinas de farmacia se observó que un tercio de las personas que acudían a ellas solicitaban medicamentos sin aportar ninguna receta médica. El 50% de estas solicitudes correspondieron a medicamentos prescritos anteriormente por un médico que el paciente había decidido, por su cuenta, volver a utilizar. El resto de las ocasiones se atribuyeron a la experiencia personal previa o al consejo de algún amigo o familiar. Además se constató que solamente un 20% de los clientes consultaron al farmacéutico sobre el tratamiento más adecuado para sus síntomas en ese momento, limitándose a pedir un medicamento determinado<sup>40</sup>.

En España, la demanda y la venta de fármacos sin prescripción médica constituye una práctica frecuente que se ha visto incrementada por el creciente reemplazo de medicamentos de prescripción con receta por las especialidades de libre dispensación. Por este motivo, el Ministerio de Sanidad español se ha visto obligado a planificar e instaurar campañas específicas dirigidas a concienciar a la población sobre la necesidad del uso racional de los medicamentos<sup>41</sup>. En el estudio realizado por Barbero et al.<sup>42</sup> se constata el incumplimiento de la legislación vigente por parte de los farmacéuticos, al observar que en nuestro país la demanda y dispensación sin receta de especialidades farmacéuticas que la precisan alcanza el 10,8%, porcentaje importante teniendo en cuenta que el farmacéutico que las dispensa, además de incumplir la ley, no está favoreciendo el uso racional de los medicamentos. Hay autores que consideran que esta práctica ilegal podría deberse a la continuación de un tratamiento ya prescrito, a la prescripción oral por teléfono del médico o a la decisión del farmacéutico ante una consulta por un problema de salud<sup>43,44</sup>.

Los resultados de un estudio realizado en Galicia son aún más preocupantes que los obtenidos por otros investigadores<sup>42,44</sup>. La proporción de farmacéuticos que dispensan medicamentos sin la correspondiente receta médica es extremadamente alta; el 65,9% dispensan antibióticos, el 83,5% antiinflamatorios no esteroideos, el 46,3% inhibidores ACE, el 13,4% benzodiacepinas y el 84,8% anticonceptivos orales. En el análisis de los factores relacionados con esta práctica encontraron asociación significativa con el hecho de que el farmacéutico fuera el propietario de la farmacia, con el mayor nivel económico de la población atendida y con el tamaño de la farmacia<sup>45</sup>.

Las oficinas de farmacia constituyen un punto de referencia imprescindible en el uso de los medicamentos, no solo como dispensadores de recetas médicas, sino también como administradores de las especialidades de libre dispensación, que juegan un importante papel en la automedicación. Gestionar adecuadamente la utilización de los medicamentos de venta libre para el uso responsable de la automedicación y no dispensar medicamentos sujetos a prescripción a aquellas personas que los solicitan sin presentar la correspondiente receta son medidas de importante repercusión social que provocarían efectos inmediatos sobre el mejor uso de los medicamentos.

En la bibliografía revisada, tal como veremos a continuación, hemos encontrado diferentes maneras de entender la automedicación (Tabla 3) y, en consecuencia, de definirla. Estas definiciones, que resultan válidas para los objetivos de cada investigación, dificultan sin embargo la comparación de sus resultados.

La automedicación se ha definido de forma clásica como “*el consumo de medicamentos, hierbas y remedios caseros por propia iniciativa o por consejo de otra persona, sin consultar al médico*”<sup>7</sup>.

En 1991 Danti et al.<sup>46</sup> en un artículo publicado en la revista *Farmacia Clínica* definen el concepto de “prescripción inducida” como aquel que englobaría todas las prescripciones aconsejadas por los especialistas y/o solicitadas por los propios pacientes que en general el médico acepta transcribir, aun no compartiendo el planteamiento diagnóstico-terapéutico y/o, en el caso del especialista, no habiendo provocado él mismo la consulta.

Laporte et al.<sup>47</sup> en un artículo publicado en 1992 introducen el concepto de “automedicación con cargo a la Seguridad Social”. Los autores señalan el hecho de que muchos pacientes se dirigen al médico no para consulta sino en busca de una receta para un fármaco que, previamente y por propia iniciativa, han comprado en la farmacia.

Años más tarde Laporte defiende que la automedicación debería ser entendida como “*la voluntad y la capacidad de las personas-pacientes para participar de manera inteligente y autónoma (es decir, informada) en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen*”<sup>48</sup>. Otros autores comparten con este investigador que la automedicación es una decisión del propio paciente y añaden que en ocasiones esta puede ser tomada tras ser aconsejado por amigos o familiares o a través de otro tipo de información, en función de la gravedad de la enfermedad y favorecida por factores como la dificultad de acceso a la asistencia sanitaria, el miedo a conocer la propia enfermedad, la tendencia a evitar la relación con el médico o el escepticismo sobre la eficacia del sistema sanitario<sup>49,50</sup>.

En un estudio publicado en el *Boletín Terapéutico Andaluz* la definen como “*aquella situación en la que los pacientes consiguen y utilizan los medicamentos sin ninguna intervención por parte del médico (ni en el diagnóstico de la enfermedad ni en la prescripción o la supervisión del tratamiento)*”<sup>51</sup>. Gómez et al. la consideran como “*la práctica mediante la cual la población reconoce por sí misma sus enfermedades o síntomas y los trata con medicamentos disponibles sin prescripción médica*”<sup>52</sup>.

Otros investigadores afirman que la automedicación sería cualquier uso de medicamentos que, aunque estén recetados por un médico, han sido prescritos bajo presión directa por parte del paciente<sup>53</sup> e incluso otros consideran que consiste en adquirir

fármacos sin receta médica, recuperar medicación utilizada anteriormente, conseguir fármacos de círculos sociales cercanos, utilizar medicamentos acumulados en los domicilios, prolongar o interrumpir un tratamiento médico e incrementar o disminuir las dosis del tratamiento prescrito<sup>54</sup>.

Desde otro enfoque encontramos las definiciones de automedicación indeseable, automedicación responsable y automedicación irresponsable. Figueiras et al.<sup>8</sup> en su estudio sobre los factores asociados a la automedicación en España definen el concepto de “automedicación indeseable” como el consumo sin prescripción médica de antiinflamatorios (para reumatismos), cardiotónicos, antibióticos, antidepresivos-tranquilizantes, hipolipemiantes e hipoglicemiantes. Por otro lado, Granda<sup>55</sup> defiende que la “automedicación responsable” es la que se enmarca en el autocuidado y quien la practica posee una buena información sobre el medicamento que está tomando, ya sea gracias al consejo de un profesional o por su propia experiencia, y que se lleva a cabo para el tratamiento de síntomas menores con medicamentos sin receta, ya sean publicitarios o no. También define la “automedicación irresponsable” como aquella que se hace fuera del diagnóstico o la prescripción médica, por exclusiva iniciativa del paciente y en ocasiones hasta en contra de las advertencias de cualquier profesional sanitario, incluido el farmacéutico.

**Tabla 3: Conceptos y/o definiciones de automedicación**

Autor	Año	Estudio	Concepto/definición
OMS <sup>35</sup>	1986	<i>Automedicación</i>	Utilización durante periodos de tiempo limitados de especialidades que no requieran prescripción médica.
Danti et al. <sup>46</sup>	1991	<i>La prescripción inducida en medicina general.</i> <i>Investigación orientada a la reflexión sobre los estudios de utilización de los fármacos.</i>	“Prescripción inducida” Prescripción realizada por el médico de medicina general, aconsejada por el especialista y/o solicitada por los propios pacientes, que en general acepta transcribir, aun no compartiendo el planteamiento diagnóstico-terapéutico y/o, en el caso del especialista, no habiendo provocado él mismo la consulta.

## CONCEPTO DE AUTOMEDICACIÓN

Laporte et al. <sup>47</sup>	1992	<i>El médico ante la automedicación</i>	Tomar un fármaco por decisión o consejo no cualificado.
Van Zyl-schalekamp <sup>53</sup>	1993	<i>Self-medications in three Orange Free state communities</i>	Consumir fármacos sin prescripción o recetados bajo presión.
Laporte <sup>48</sup>	1997	<i>Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo?</i>	La voluntad y capacidad de las personas para participar de manera inteligente y autónoma en las decisiones y en la gestión de actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen.
B. T. Andaluz <sup>51</sup>	1996	<i>Automedicación: riesgos y beneficios</i>	Situación en la que los pacientes consiguen y utilizan medicamentos sin intervención médica.
Figueiras et al. <sup>8</sup>	2000	<i>Sociodemographic factors related to self-medication in Spain</i>	“Automedicación indeseable”: Consumo sin prescripción médica de antiinflamatorios(reumatismos), cardiotónicos, antibióticos, antidepresivos, tranquilizantes, hipolipemiantes e hipoglicemiantes.
Loyola et al. <sup>54</sup>	2004	<i>Bambuí Project: aqualitative approach to self-medication</i>	Adquirir fármacos sin receta, recuperar medicación utilizada anteriormente, conseguir fármacos en círculos sociales, utilizar medicamentos acumulados en el domicilio, prolongar o interrumpir un tratamiento médico e incrementar o disminuir la dosis.
Granda <sup>55</sup>	2008	<i>Automedicación: ¿Qué medicamentos y otros productos toman los ciudadanos para el cuidado de su salud y por qué?</i>	“Automedicación responsable”: Cuando se posee buena información sobre el medicamento y se lleva a cabo para el tratamiento de síntomas menores con medicamentos sin receta.
Gómez et al. <sup>52</sup>	2009	<i>Automedicación en una farmacia comunitaria de Toluca</i>	Práctica mediante la cual la población reconoce por sí misma sus enfermedades o síntomas y los trata con medicamentos disponibles sin prescripción médica.

La automedicación varía notablemente de unos países a otros. En Europa nos encontramos con prevalencias muy distintas que abarcan desde el 14% al 60%<sup>56,57,58,59</sup>. En los Estados Unidos el porcentaje de automedicación alcanza el 38%<sup>60</sup>, en la India el 18%, en los Emiratos Árabes el 44% y en Sudán y Jordania, 40% y 48% respectivamente<sup>61,62,63</sup>.

En España la automedicación se ha ido incrementando en los últimos años. En el estudio de Figueiras et al.<sup>8</sup> publicado en 2002 se reflejaba que el 12,7% de la población española se automedicaba, porcentaje considerablemente inferior al observado por Carrasco et al. años más tarde, cuando ya se alcanzaba el 18,1%<sup>64</sup>.

El aumento de la práctica de automedicación entre la población justifica la necesidad de mejorar la información dirigida a los pacientes. Según la OMS, resulta esencial que dicha información se adecue al nivel de educación y conocimientos de la población a la que va dirigida, lo que además podría evitar la mayoría de los riesgos de la automedicación<sup>65</sup>. Sin una información adecuada, la facilidad del uso y la libre disposición de los medicamentos de venta libre pueden provocar no solo errores en su aplicación sino también en el abordaje global de la enfermedad a la cual van dirigidos. En nuestro país, los pacientes se automedican no solo con los medicamentos de venta libre sino también con aquellos que se venden bajo prescripción médica, conducta que induce al uso irracional de los medicamentos.

Según datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud de 2006, alrededor del 70% de los entrevistados declaraba haber consumido algún tipo de medicamento en las dos semanas previas a la encuesta<sup>66</sup>. El 90,5% de los sujetos encuestados afirmaba que cuando estuvo a tratamiento con antibióticos estos siempre fueron adquiridos con receta médica. Así, la prevalencia de automedicación de antibióticos alcanzaría el 9%, porcentaje significativamente inferior a los obtenidos por diversos estudios en los que concluyen que prácticamente el 20% del consumo de antibióticos se debe a la automedicación<sup>64,67,68</sup>. Otras investigaciones han objetivado porcentajes muy superiores a este 20%. Väänänen et al.<sup>69</sup> en su estudio sobre la automedicación con antibióticos en la población finlandesa residente en el sur de España, y Ras et al.<sup>70</sup> mostraron que la automedicación de antibióticos alcanzaba el 41% y 50% respectivamente, y que prácticamente la mitad de estos eran utilizados para tratar el catarro común<sup>71</sup>.

España es uno de los países desarrollados con mayor consumo de antibióticos. En el año 1997 fue el segundo país de Europa, después de Francia, y en el año 2000 recibían tratamiento antibiótico diario 20 de cada 1.000 sujetos españoles.

Desde hace años se está produciendo un incremento progresivo de bacterias resistentes a los tratamientos. Este problema es de trascendencia mundial puesto que la globalización aumenta la vulnerabilidad de cualquier país a enfermedades que se dan en otros, y, de la misma manera, las bacterias resistentes viajan, lo que constituye una grave amenaza para la salud pública mundial, como reconoce la OMS<sup>72</sup>. Las infecciones por bacterias resistentes se asocian a una mayor morbilidad, mortalidad, demanda sanitaria, gasto sanitario y deterioro de la eficacia del tratamiento de futuros pacientes, lo que está condicionando que las enfermedades infecciosas sean una de las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria en nuestro país<sup>73,74</sup>.

El consumo de analgésicos también ha aumentado considerablemente en los últimos años. Desde 1994 la venta de analgésicos se ha incrementado un 23% y se estima que el consumo de estos por automedicación supone la misma cantidad que los pautados en una consulta médica<sup>75</sup>. Sirvan como ejemplo los datos obtenidos en el estudio realizado por Carrasco et al.<sup>64</sup>, en donde se estimó que el 45% de las personas que declararon haber consumido medicamentos para el catarro, gripe, garganta y bronquios lo hizo sin prescripción médica y el 39,4% de los que tomaron medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre también lo hizo en forma de automedicación.

En la actualidad, los medicamentos psicótropos, más concretamente las benzodiazepinas, son los fármacos de elección en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio y su consumo ha experimentado un incremento importante en los últimos años.

Algunas investigaciones llevadas a cabo en nuestro país sitúan este grupo farmacológico dentro de los de mayor autoconsumo, lo que puede implicar consecuencias graves para la salud individual y colectiva<sup>29,30</sup>. Muchas veces los pacientes se automedican con estos medicamentos para paliar situaciones puntuales de estrés, ansiedad, insomnio..., con la creencia de que son fármacos seguros y con un gran desconocimiento de las consecuencias derivadas de un uso incorrecto de los mismos.

Por otro lado, estudios epidemiológicos realizados en la población universitaria han mostrado que la automedicación entre los jóvenes se ha visto incrementada de manera significativa en los últimos años, constituyendo un indudable problema sanitario que



requiere del abordaje de medidas sanitarias destinadas a este colectivo con el propósito de asegurar el uso racional de los medicamentos<sup>76,77,78,79</sup>.

En 1999 la Asociación Europea de Especialidades Farmacéuticas (AEGSP) realizó un estudio estadístico en todos los países europeos relacionado con la dispensación de los medicamentos no prescritos. Sus resultados mostraron que más de 12,95 millones de personas practicaban la automedicación<sup>80</sup>.

La Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automedicación Responsable publica en el año 2001 los resultados sobre el uso de medicamentos no prescritos en los distintos países del continente europeo (Tabla 4), en los que se observa que Alemania, Francia, Reino Unido e Irlanda son los países donde más se incurre en la automedicación<sup>20</sup>. España, con una prevalencia del 14,6%, está situada en sexto lugar.

**Tabla 4: Proporciones de automedicación**

País	Medicamento no prescrito (%)
Alemania	30,2
Francia	30,1
Reino Unido	23,4
Irlanda	21,0
Bélgica	19,1
España	14,6
Dinamarca	14,2
Italia	13,1
Holanda	12,1
Austria	10,1
Suecia	9,7
Noruega	9,7
Portugal	9,0

AFIPA

Al no existir una medida estándar, la comparación de la automedicación entre estudios resulta muy complicada. Es posible que las diferencias encontradas en los estudios revisados puedan ser debidas a la diversidad de políticas sanitarias y de modelos farmacéuticos de los distintos países, en donde la promoción de la automedicación resulta muy desigual.



## **4.- FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE MEDICAMENTOS**

Los sistemas sanitarios públicos pretenden que los recursos existentes se empleen de forma eficaz, segura y eficiente. Uno de estos recursos son los medicamentos, que constituyen una de las principales herramientas en el abordaje del proceso asistencial, tanto en la vertiente terapéutica como en la preventiva. La OMS reconoce que existen diferencias fundamentales en los sistemas de prestación de la atención sanitaria entre unos países y otros y asegura que los factores socioeconómicos influyen decisivamente en la prestación de la atención sanitaria, en el uso racional de los medicamentos y en el desarrollo de la atención farmacéutica<sup>32</sup>.

En este apartado revisaremos los principales factores relacionados con el consumo de medicamentos, estudiaremos, además de los factores socioeconómicos reconocidos por la OMS, otro tipo de variables que se pueden considerar asociadas a dicho consumo y para lo cual estableceremos la siguiente agrupación:

1. Características sociodemográficas: en este grupo se incluye la edad, el sexo, el estado civil y la forma de convivencia, el nivel de estudios, el seguro médico, la situación laboral y el tamaño del hábitat, entendido este como el tamaño del municipio de residencia.
2. Variables de salud: incluiremos las relacionadas con el estilo de vida y la salud, tales como la actividad física, el consumo de alcohol, de tabaco, la percepción del estado de salud y la presencia de enfermedades crónicas.

### **4.1.- Características sociodemográficas**

#### **4.1.1.- Edad**

Las personas mayores de 65 años son las principales consumidoras de medicamentos debido, entre otros motivos, a la mayor prevalencia de factores de riesgo y de enfermedades crónicas asociadas<sup>21,22</sup>. El 85,4% de esta población confiesa haber tomado algún medicamento en el último año<sup>81</sup>. En el estudio realizado por el equipo de Recalde<sup>82</sup> no solo observaron esta asociación, sino que además encontraron que las reacciones adversas producidas por los medicamentos aumentan con la edad, el número de medicamentos consumidos, el número de médicos prescriptores y la presencia de algunas patologías crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad de Parkinson.

Otros investigadores han observado que la edad se relaciona con la no adherencia al tratamiento (también denominada incumplimiento terapéutico), que afecta a entre el 30 y el 50% de las personas mayores de 65 años y que se ve favorecida por factores como el olvido de las dosis, la remisión de los síntomas y el desconocimiento de las patologías, así como por la carencia de información sobre el tratamiento a seguir<sup>83,84</sup>. Asimismo encontraron que en patologías específicas la no adherencia al tratamiento puede llegar a afectar a entre el 29 y el 66% de pacientes con tratamientos antihipertensivos, entre el 40 y el 60% de los tratados con hipolipemiantes y entre el 40 y el 50% de los tratados con antibióticos<sup>83</sup>.

La polifarmacia, definida como el consumo de cuatro o más medicamentos<sup>22</sup>, comporta un riesgo mayor de utilización de medicamentos de manera inadecuada, de efectos indeseados y de reacciones medicamentosas, y constituye un factor de riesgo independiente en la mortalidad de las personas mayores de 65 años<sup>85</sup>. Según datos obtenidos por Valderrama y colaboradores<sup>22</sup>, en España la polimedicación afecta al 34,2% de las personas mayores de 65 años que consumen fármacos a diario. Los factores asociados con más frecuencia de polimedicación son la comorbilidad, la mala autopercepción de la salud, la dependencia física, la edad superior a 75 años, la patología depresiva y la institucionalización<sup>86</sup>.

La prevalencia de consumo de medicación inadecuada o inapropiada, término que algunos autores definen como los fármacos que deberían ser evitados en determinados grupos de pacientes por los riesgos que comporta su utilización y por el hecho de haber otras alternativas más eficaces y/o más seguras en la población mayor de 65 años, es del 21,3% y asciende hasta el 40% en los pacientes institucionalizados<sup>87</sup>.

En el año 2004 se publican los resultados de un estudio comparativo llevado a cabo en México, Filipinas, Uganda y los Estados Unidos sobre la relación entre el género y el uso de medicamentos. Para analizar el efecto de la edad sobre el consumo de medicamentos separaron a los encuestados con edades comprendidas entre 15-39 años de aquellos que tenían más de 40 años y comprobaron que estos últimos eran los que más medicamentos consumían. Observaron, asimismo, asociación positiva entre este grupo y el mejor uso de los medicamentos<sup>88</sup>. En una investigación realizada en los Estados Unidos<sup>89</sup> en la que se utilizó como fuente de información la Tercera Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición, también objetivaron asociación entre el consumo de medicamentos y la edad, que se evidenció significativa para las categorías de más de 40 años.

En el continente europeo el consumo de medicamentos también aumenta según avanza la edad de las personas. Así, en un estudio realizado en Dinamarca a partir de datos proporcionados por la Encuesta Danesa de Salud y Co-Morbilidad<sup>56</sup> se observó que el rango de edad comprendido entre 45 y 65 años era el que presentaba un mayor consumo de medicamentos. En España, en un estudio realizado en el año 2008 por el Departamento de Medicina Preventiva y la Unidad de Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid sobre pautas de consumo de medicamentos en la población inmigrante residente en España y sus factores asociados<sup>90</sup>, también se observó que la edad era una de las variables independientes y con significación estadística relacionada con el consumo de medicamentos. Los inmigrantes económicos con edades comprendidas entre los 25 y los 44 años y entre los 45 y los 64 años tenían una mayor probabilidad de consumir medicamentos.

La prescripción y el consumo de psicofármacos también aumentan de manera significativa con la edad, tal y como se recoge en varios estudios<sup>29,30,89,91</sup>. Existen razones de peso que justifican estos resultados, tales como que la población anciana consume más de la mitad de los fármacos dispensados en nuestro país y son el grupo de población en el que el número de prescripciones de fármacos psicotropos alcanza niveles más elevados<sup>30,89</sup>.

La edad también está relacionada con la automedicación aunque, como veremos, el sentido de su efecto es variable. Barbero y colaboradores<sup>42</sup> en su estudio realizado en el año 2004 observaron que las personas que realizaron una solicitud de medicamentos de prescripción sin la correspondiente receta médica tenían una edad media de 47 años (IC 95%: 46,3-47,2) y el 40% tenían entre 21 y 40 años de edad.

Estudios recientes muestran que a medida que envejece y empeora su estado de salud la población tiende a automedicarse menos<sup>64,66</sup>. En el estudio realizado por Col et al. observan que el 80% de los pacientes mayores de 65 años que se automedican lo hacen con analgésicos, medicamentos para los procesos respiratorios de vías altas y polivitamínicos, lo cual supondría una automedicación responsable<sup>92</sup>. La menor incidencia de automedicación en personas de edad avanzada podría estar justificada por el hecho de que en nuestro país no tienen que hacer frente al coste de los fármacos y a la posibilidad de disponer de más tiempo para acudir a los servicios de atención sanitaria. Por el contrario, que las personas más jóvenes se automediquen más podría estar respaldado, tal y como sugieren algunos autores, por una mayor tendencia al autocuidado, por la dificultad de acceso a la asistencia sanitaria por disponer de menos

tiempo debido a sus actividades laborales o de estudios o, incluso, al escepticismo sobre la eficacia del sistema sanitario<sup>49,50</sup>.

Con respecto a la población universitaria, diversos estudios han constatado que el hábito de la automedicación es muy frecuente, sin embargo las prevalencias varían notablemente de unas investigaciones a otras. En la investigación realizada por Carrasco y colaboradores<sup>64</sup> se observa que la automedicación en la población con edades comprendidas entre los 16 y 24 años alcanza el 20,9%, cifra muy similar a la obtenida por el equipo de Cabrita en la población universitaria de Lisboa (19%)<sup>93</sup>. En estudios realizados en distintas universidades españolas como las de Alicante, Madrid y Santiago de Compostela se objetivan prevalencias superiores: 63%, 30,9% y 35,4%-32,9% (seguimiento a dos años), respectivamente<sup>94,95,96</sup>. Resultados mucho más preocupantes son los obtenidos por otros investigadores, que refieren que el 90,8% de los estudiantes universitarios de la Comunidad Valenciana practican la automedicación<sup>95</sup>, porcentaje similar a los obtenidos en poblaciones universitarias de Argentina (85%)<sup>97</sup> y Palestina (98%)<sup>98</sup>.

Es un hecho constatado que la práctica de la automedicación en la población universitaria se ha ido incrementando progresivamente en los últimos años, lo que constituye un importante problema sanitario<sup>76-79,99</sup>. Las autoridades sanitarias de los distintos países deben perseverar en su esfuerzo informativo sobre los riesgos de un consumo incontrolado y poco informado de medicamentos con el objetivo de favorecer así su uso racional.

Con respecto a los antibióticos, resulta preocupante el amplio uso de este grupo farmacológico en forma de automedicación. Prácticamente el 25% de los antibióticos consumidos anualmente en España se realiza de este modo<sup>7,100</sup>. La franja de edad que más autoconsume antibióticos es la comprendida entre los 40 y 49 años, coincidiendo con la observada por el equipo de Abasaed<sup>61</sup> en un entorno tan distinto como son los Emiratos Árabes. La mayoría de las personas tienen un conocimiento erróneo sobre estos medicamentos que les induce a creer que su consumo curará de forma definitiva el proceso infeccioso que los amenaza. La automedicación suele realizarse en procesos febriles, que normalmente tienen un origen vírico y para los que los antibióticos no son efectivos y, por lo tanto, son innecesarios. Usar los antibióticos de forma racional y adecuada constituye una obligación y un reto fundamental para mantener un correcto equilibrio entre una buena práctica clínica y la necesidad de disminuir el impacto de las resistencias bacterianas.

En relación con la automedicación con fármacos psicótrópos, varios estudios han encontrado asociación significativa entre el autoconsumo de este grupo de medicamentos y las categorías de edades comprendidas entre los 25 y 44 años<sup>30,89,101</sup>. Con frecuencia las personas que se automedican con este grupo de fármacos lo hacen para paliar situaciones puntuales de estrés, ansiedad, insomnio, etc., ignorando que la mayoría de ellos provocan problemas de dependencia, tolerancia y peligrosas interacciones con otras sustancias como el alcohol.

Debemos tener en cuenta que alguno de estos estudios presenta importantes limitaciones debido a que en el análisis de sus resultados no se han utilizado técnicas multivariantes. Así, posiblemente variables como el sexo, el estado civil, el nivel sociocultural, la situación laboral, el nivel de salud o el tamaño del municipio de residencia pueden ejercer un efecto confusor en la relación entre la edad y la automedicación.

En este sentido, y controlando todas estas variables, Figueiras y colaboradores<sup>8</sup> en un estudio sobre factores relacionados con la automedicación en España no encontraron diferencias significativas en la prevalencia de la automedicación para los distintos grupos de edad. Sin embargo, sí las encontraron para la automedicación indeseable, mostrando los sujetos de más de 60 años un 148% (IC 95%: 58,0-290,0) más de automedicación indeseable que el grupo de referencia (de 16 a 26 años). Este hecho podría atribuirse a que quizás en los tratamientos de larga duración el paciente sea más propenso a modificar la dosis, la pauta posológica o incluso a interrumpir su ingesta, prácticas que también pueden ser consideradas como expresiones de automedicación indeseable<sup>43</sup>.

#### **4.1.2- Sexo**

En cuanto a la influencia del sexo sobre el consumo de medicamentos, ya sean prescritos o automedicados, prácticamente la totalidad de los estudios apunta a que este es superior entre las mujeres<sup>8,43,52,88,90,102</sup>.

En relación con el consumo de fármacos prescritos, los resultados obtenidos por un estudio realizado en España<sup>103</sup> (el 42% de los varones y el 53% de las mujeres) resultaron ser similares, superiores e inferiores, respectivamente, a los observados en Noruega<sup>104,105</sup> (el 27-38% en varones y el 44-55% en mujeres de mediana edad en las dos semanas previas a la encuesta), Alemania<sup>106</sup> (el 42% en varones y el 61% en mujeres de 30 a 64 años) y Suecia<sup>107</sup> (40% en mujeres de 35-65 años). Estos datos son concordantes con los

obtenidos en estudios realizados en México<sup>52</sup>, Canadá<sup>102</sup> y Estados Unidos<sup>108</sup>, en los que también se observa un consumo superior de medicamentos en las mujeres. La mayor prevalencia de consumo de medicamentos recetados en las mujeres puede deberse a un uso más frecuente de los servicios sanitarios (consultas médicas y farmacéuticas), a la responsabilidad en la adquisición y almacenamiento de los medicamentos o a la edad, ya que es la mujer la que tiene una mayor esperanza de vida.

Según estudios de ámbito nacional<sup>30,101,109</sup> e internacional<sup>89,110</sup> se constata que también corresponde al sexo femenino un mayor consumo de fármacos psicótrópos. Entre las mujeres se diagnostican con más frecuencia trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión. Se ha tratado de explicar la mayor frecuencia de trastornos afectivos en la mujer apelando a su mayor vulnerabilidad en la sociedad desarrollada. Posiblemente esto sea debido al mayor número de episodios de enfermedad declarada en el sexo femenino, ya que algunos estudios reflejan una mayor predisposición en ellas a reconocer y expresar su sintomatología, solicitando con más frecuencia asistencia médica. Concretamente, la ansiedad es el trastorno predominante en las mujeres que acuden a la consulta por problemas de salud mental<sup>30,101,111</sup>. En investigaciones en las que se analizan los elementos que favorecen la prescripción diferencial entre hombres y mujeres se pone de manifiesto la importancia que adquieren las creencias asociadas con el sexo, tanto en la relación médico-paciente como en la prescripción de medicamentos<sup>111</sup>, y se ha observado un sesgo de género en la prescripción de psicofármacos. Las creencias ideológicas asociadas con la debilidad de las mujeres generan una valoración desigual ante los mismos problemas de salud, lo que comporta un doble efecto: el médico, por un lado, infravalora las enfermedades psiquiátricas de las mujeres y, por otro, confiere un estado patológico a malestares sociales, lo que favorece su medicalización.

En el estudio comparativo realizado en el 2004 por Obermeyer y colaboradores<sup>88</sup> sobre género y uso de medicación, además de hallar diferencias de género en el consumo de medicamentos en las cuatro áreas investigadas -México, Filipinas, Uganda y los Estados Unidos-, también encontraron que la polifarmacia, considerada por estos autores como el consumo de 5 o más medicamentos, fue superior entre las mujeres. También se llegó a la conclusión de que el sexo femenino se comporta como un factor clave en la circulación y comunicación de información acerca de los medicamentos.

Los resultados de investigaciones que se centraron en el análisis de pautas de consumo de medicamentos de poblaciones inmigrantes residentes en distintos países y en



los que no se hizo distinción entre medicamentos prescritos y automedicados, reflejaron también un mayor consumo de fármacos entre las mujeres. En un estudio realizado en España y publicado en el año 2009<sup>90</sup> se encontró asociación estadísticamente significativa para el sexo: tanto las mujeres españolas como las inmigrantes consumían más medicamentos que los hombres, resultado que concuerda con el obtenido en el estudio holandés de Gerritsen et al.<sup>112</sup>, que constata que las mujeres refugiadas en Holanda consumían dos veces más medicamentos que los hombres.

En relación con la automedicación, en el estudio realizado por la Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos<sup>64</sup> sobre la automedicación en la población adulta española se observó que una de las variables independientemente y significativamente asociada con la automedicación era el sexo: las mujeres se automedican un 48% más que los hombres (OR: 1,48 IC95%: 1,34-1,64), coincidiendo con los resultados de otras investigaciones realizadas en España y en el extranjero<sup>8,43,113,114</sup>. Desde una perspectiva antropológica es conocido que el saber femenino sobre el cuidado de la salud se construye a través de las propias experiencias en la interacción con distintos espacios y agentes sociales, los cuales van aportando toda una gama de conocimientos relacionados con el cuidado-curación. Estas experiencias hacen que las mujeres se conviertan en “expertas” en el uso de medicamentos y que recurran a ellos para atender a su familia o a sí mismas cuando lo consideran necesario.

La automedicación que las mujeres realizan abarca desde el consumo de medicamentos que pueden considerarse de uso común para resfriados, trastornos digestivos leves, dolor, etc. (entendida como automedicación responsable o aceptable), hasta el consumo de otros fármacos que precisan prescripción (automedicación inadecuada o irresponsable)<sup>115</sup>. Diversos autores consideran que esta práctica podría estar motivada por la existencia de necesidades apremiantes. Para ellas es vital que su malestar sea atendido a pesar de las posibles limitaciones económicas que puedan tener, de tal manera que en su afán por resolver sus propios problemas de salud o los de su familia recurren a los conocimientos y prácticas que han acumulado. Se ha observado que un amplio porcentaje de medicamentos que son consumidos en forma de automedicación han sido anteriormente recetados por un médico en situaciones sintomáticas análogas<sup>46,112</sup>.

Desde la perspectiva de las mujeres, pues, la acción de automedicar a su familia o a ellas mismas es el resultado de una serie de elementos relacionados unos con otros: su contacto cotidiano con los servicios sanitarios, ya sea para su propia consulta o para

acompañar a miembros de su familia, y a que no encuentren, en ocasiones, una solución inmediata a sus problemas de salud, situación que se ve agravada por las largas listas de espera que afectan a determinadas especialidades médicas<sup>103,109</sup>.

En el estudio realizado en Portugal por Martins y colaboradores<sup>76</sup> sobre la automedicación en la población urbana portuguesa observaron, por el contrario, que los hombres tenían mayor probabilidad de automedicarse que las mujeres. El 28,4% de los hombres practicaban la automedicación frente al 25,2% de las mujeres.

En algunos de estos estudios no se han realizado análisis multivariantes, lo que implica importantes limitaciones. Algunos de los resultados observados pueden deberse a la confusión que puede generar alguna variable no tomada en cuenta, como podría ser la frecuencia del uso de los servicios sanitarios (consultas médicas y farmacéuticas), la responsabilidad en la adquisición y almacenamiento de los medicamentos o la edad, ya que es la mujer la que tiene una mayor esperanza de vida.

### **4.1.3.- Estado civil y forma de convivencia**

En la bibliografía consultada hemos encontrado diferentes conclusiones en relación al efecto del estado civil y la forma de convivencia sobre el consumo de medicamentos. Algunos autores no han observado asociación entre ambas<sup>69,90,103,116</sup>, sin embargo otros sí la hallaron pero con sentido de efecto diferente<sup>8,66</sup>.

Las investigaciones realizadas por Sans<sup>103</sup>, Väänänen<sup>69</sup> y Furu<sup>116</sup> en Noruega no pudieron demostrar diferencias en el consumo de medicamentos según el estado civil de los sujetos encuestados.

En relación con el consumo de fármacos prescritos Figueiras y colaboradores<sup>8</sup> tampoco observaron diferencias significativas según la forma de convivencia (vivir solo, en pareja, con los padres...). Sin embargo para la automedicación sí las encontraron: los sujetos que vivían solos se automedicaban más que los que vivían en pareja (razón de prevalencias: 1,27 IC95%: 1,10-1,48). A diferencia del estudio de Figueiras, en la investigación realizada por Carrasco et al.<sup>64</sup> sobre los factores relacionados con la automedicación en España no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estar casado o no con la práctica de la automedicación.

El estado civil también fue analizado en el trabajo realizado por Jiménez et al.<sup>66</sup>, que observaron diferencias significativas en el consumo de medicamentos sin

prescripción médica para las diferentes categorías de estado civil. Así, los sujetos solteros tenían más del doble de probabilidades de consumo de medicamentos sin prescripción (OR: 2,18 IC95%: 1,97-2,42) que el grupo de referencia (casados); para los viudos también encontraron asociación estadísticamente significativa, pero en este caso negativa, ya que eran menos propensos a la automedicación que los casados (OR: 0,38 IC95%: 0,32-0,44).

Estos resultados conducen a pensar que las personas solteras puedan ser, en términos generales, más independientes y tener una mayor tendencia al autocuidado que las personas casadas y viudas.

#### **4.1.4.- Nivel de estudios**

Con respecto al consumo de medicamentos prescritos, en un estudio danés realizado por Nielsen y colaboradores<sup>56</sup> se comprobó una estrecha relación entre este y el nivel de educación, tanto en los hombres como en las mujeres ( $P < 0,0001$ ). Así, en los grupos de educación inferior se encontró una mayor proporción de uso de medicamentos (el 44,5% de los hombres y el 55,1% de mujeres respectivamente). También se observó asociación estadísticamente significativa entre el consumo de medicamentos y el nivel de educación para ambos sexos tras ser ajustado por la edad. Por el contrario, no encontraron asociación con el nivel de estudios cuando analizaron el consumo de automedicación.

En cuanto al efecto del nivel cultural sobre la automedicación, prácticamente todos los estudios coinciden en señalar que a mayor nivel sociocultural mayor prevalencia de automedicación. Aunque, por otra parte, entre los sujetos con mayor nivel cultural también existe una mayor conciencia de la peligrosidad potencial de los fármacos<sup>43</sup>.

En un estudio reciente realizado en España se observó asociación estadísticamente significativa entre la automedicación y las personas con formación universitaria (OR: 1,78 IC 95%: 1,49-2,12) en comparación con el grupo de referencia que eran las personas sin estudios<sup>90</sup>. Figueiras et al.<sup>8</sup>, en un estudio anterior, observaron que el porcentaje de individuos que incurrían en automedicación se incrementaba según iba aumentando el nivel de formación. Así, el porcentaje de los sujetos que habían dejado la escuela antes de los 14 años y reconocían automedicarse alcanzaba el 36,6%, el de los que la habían dejado a los 16 años ascendía al 37,4%, los sujetos con formación postsecundaria alcanzaban un valor del 34,7% y los universitarios el 39,9%.

Prácticamente todos los estudios coinciden en la medida del efecto del nivel de estudios en la automedicación. La prevalencia de automedicación aumenta cuanto mayor es el nivel sociocultural<sup>8,61,64,90</sup>, hecho que algunos autores atribuyen a un mayor conocimiento de los medicamentos, al mayor poder económico, a una menor confianza en los médicos y a un mayor sentimiento de autonomía personal que las personas con menos estudios.

### 4.1.5.- Seguro médico

Según la normativa vigente en España, todos los individuos, independientemente de su nacionalidad o país de nacimiento y de su situación legal, tienen derecho a usar los servicios sanitarios provistos en el Sistema Nacional de Salud español con las mismas condiciones que los ciudadanos españoles, con el único requisito de estar registrados en el padrón municipal. Los usuarios que no cumplan esta condición únicamente podrán beneficiarse de los servicios de urgencias<sup>117</sup>.

Uno de los principales determinantes del consumo de medicamentos es el copago farmacéutico<sup>118,119</sup>. En el sistema sanitario español, los copagos varían en función tanto de las características de salud del paciente como del tipo de seguro. En el sector público, los medicamentos recetados están sujetos a una participación del usuario del 40% de su precio. No obstante, los pacientes ingresados en un hospital, los jubilados o prejubilados y los individuos que han sufrido accidentes en el trabajo están exentos de copago, y los enfermos crónicos solo abonan el 10% del precio del medicamento. Los usuarios del sistema sanitario privado pagan la totalidad del precio del fármaco, mientras que los afiliados a una mutua de funcionarios pagan el 30% de coste<sup>118,120</sup>. Teniendo en cuenta las estructuras de copago específicas del sistema sanitario español, cabría esperar que los colectivos exentos total o parcialmente de copago tuviesen una menor predisposición a automedicarse, ya que para estas personas las prescripciones resultan más baratas. Esta situación ha sido confirmada parcialmente por algunas investigaciones. Los individuos jubilados, que no tienen que hacer frente al coste de los fármacos recetados, son los que se automedican menos (OR: 0,83 IC 95%: 0,71-0,98)<sup>8</sup>.

En el trabajo realizado por Jiménez et al.<sup>66</sup> no solo corroboran los resultados de las investigaciones citadas anteriormente, sino que además observaron asociación estadísticamente significativa entre estar en posesión de un seguro médico privado y la automedicación. Las personas que disponen de un seguro privado no contratado por una

mutua de funcionarios tienen más probabilidades de automedicarse que los usuarios del sistema público de salud (OR: 1,35 IC 95%: 1,15-1,57).

Los resultados de algunas investigaciones realizadas en Latinoamérica muestran que la alta prevalencia de automedicación encontrada - 55,4% en Barranquilla<sup>121</sup>, 53% en México<sup>122</sup>, 72% en Ecuador<sup>123</sup> y 76% en Perú<sup>124</sup>- está relacionada con la insuficiente cobertura de afiliación de los sistemas sanitarios y con la falta de control en la dispensación de los medicamentos, pues no se exige la prescripción médica para ningún tipo de fármaco. La insuficiente cobertura de los sistemas nacionales de salud de estos países influye de manera decisiva en la automedicación. Entre el 50 y el 65% de los sujetos que se automedican no están amparados bajo ningún régimen de seguridad social en salud, lo que muestra que este grupo de personas recurren a la automedicación sencillamente porque no les queda otra alternativa.

Por otro lado, en los estudios de México y Ecuador, cuando relacionaron el estado de afiliación con el estrato socioeconómico se evidenció que los grupos más desfavorecidos, que deberían estar inscritos en el régimen subsidiario, se encontraban desprotegidos y en consecuencia eran más vulnerables a la automedicación<sup>121,123</sup>.

Estos resultados descritos ponen en evidencia que la automedicación, en algunas sociedades, se ha convertido en un importante problema de salud pública relacionado no solo con el conocimiento inadecuado de la población, sino también con la deficiente cobertura y la mala calidad de los servicios sanitarios públicos.

#### **4.1.6.- Situación laboral**

Los estudios revisados coinciden en que, dentro de las características sociodemográficas de la población, el desempleo es uno de los factores que influye en el consumo de medicamentos<sup>8,30,56,66,109,125</sup>.

No cabe duda que los efectos del paro se detectan en la población que acude a las consultas médicas, ya que genera casos de ansiedad, depresiones y somatizaciones diversas en las personas que han perdido su puesto de trabajo. La situación laboral es una variable que algunos estudios han tenido en cuenta a la hora de analizar su posible influencia sobre el consumo de medicamentos. En un estudio realizado en España<sup>8</sup>, en el que se utilizó como fuente de información la Encuesta Nacional de Salud de 1993, observaron que el consumo de fármacos prescritos era mayor entre las personas desempleadas que entre las personas con trabajo (OR: 1,13 IC 95%: 1,04-1,23). Cuando

analizaron la automedicación en general, estos autores no encontraron diferencias significativas, que sí encontraron sin embargo cuando solo analizaron la automedicación indeseable, siendo esta menor entre los desempleados que entre los estudiantes universitarios.

Los resultados de este estudio concuerdan prácticamente con los obtenidos en otro realizado en Dinamarca<sup>56</sup> en el que observaron diferencias significativas entre el consumo de medicamentos prescritos y la situación laboral: los desempleados consumían más medicamentos prescritos que las personas en activo.

Asimismo, en el trabajo realizado recientemente por Jiménez y colaboradores sobre las diferencias en la automedicación en la población adulta española encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de automedicación y la situación de desempleo: las personas que estaban en paro se automedicaban un 32% más que las que tenían un puesto de trabajo<sup>66</sup>.

Cabe destacar que el desempleo tiene una gran influencia sobre la salud mental, no solo por los problemas económicos que genera, sino también por la pérdida de elementos no materiales relacionados con el trabajo, como el estatus social, la estructura temporal diaria, la motivación para vivir, el autoestima, la actividad física y mental y las relaciones interpersonales. Esta influencia ha sido demostrada en varios estudios realizados sobre factores asociados con el consumo de fármacos psicótropos<sup>30,109,125</sup> en los que constataron una asociación significativa entre la situación de desempleo y el consumo prescrito de este grupo de medicamentos.

### **4.1.7.- Tamaño del hábitat**

En cuanto a la influencia del tamaño del municipio de residencia sobre el consumo de medicamentos, los autores de una investigación realizada en España<sup>8</sup> constataron que la personas que vivían en ciudades grandes, de más de 400.000 habitantes, consumían un 25% más de medicamentos prescritos que los que vivían en pequeños municipios o poblaciones de menos de 2.000 habitantes (OR: 1,25 IC 95%: 1,15-1,36).

En relación con la automedicación, observaron que la prevalencia se incrementaba según iba creciendo el tamaño del hábitat, llegando a ser esta dos tercios mayor que la de los pequeños municipios. Los autores consideraron que esta situación podría justificarse por la dificultad de disponer de tiempo para acudir al médico, por el consumismo que afecta cada vez más a las sociedades desarrolladas y por una mayor accesibilidad a las

farmacias. Sin embargo, cuando analizaron la automedicación indeseable el efecto del tamaño del hábitat disminuía hasta el punto de llegar a no ser estadísticamente significativo.

El hecho de que la automedicación sea mayor en las ciudades que en los municipios pequeños concuerda con los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas por Caamaño et al.<sup>45</sup> y Barbero et al.<sup>44</sup> sobre demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica. La dispensación sin receta de medicamentos de prescripción es más frecuente en farmacias urbanas que en las rurales, lo que indica que en esta práctica influye notablemente el entorno social y, probablemente, también la accesibilidad.

## **4.2.- Variables de salud**

### **4.2.1.- Consumo de alcohol**

El consumo de bebidas alcohólicas constituye un importante problema de salud pública. Sus consecuencias de orden físico, mental y social tienen un gran impacto sociosanitario, con importantes efectos diferenciales entre distintos grupos de población así como grandes costes sociales derivados tanto de la utilización de los servicios sanitarios como de las pérdidas materiales y de producción que ocasiona.

Se calcula que el uso nocivo del alcohol causa al año 2,25 millones de muertes prematuras en todo el mundo y un 4,5% de la carga mundial de morbilidad, incluso después de tener en cuenta los efectos protectores de su consumo bajo o moderado<sup>126</sup>. Los niveles, las características y el contexto social del consumo de alcohol varían según la región, el país y la comunidad, pero sus consecuencias globales negativas para la salud son indudables<sup>127</sup>. El uso peligroso del alcohol produce daños sociales y costes económicos diversos, la mayoría de los cuales no se reflejan en las estadísticas sobre las enfermedades relacionadas con el alcohol. Asimismo, el uso nocivo del alcohol contribuye a las disparidades sanitarias entre los países y, a nivel personal, a la pobreza y al aislamiento social<sup>128</sup>.

Recientemente la OMS publicó un informe sobre la cantidad de alcohol que se consume en los diferentes países del mundo<sup>129</sup>. Los habitantes de Moldavia son los que consumen mayor cantidad de alcohol: un moldavo, en promedio, bebe 18,22 litros de alcohol al año, cifra tres veces mayor que la tasa media global (6,1 litros anuales). En la relación de los países que más alcohol consumen figuran además la República Checa

(16,45 litros por persona al año), Hungría (16,27), Rusia (15,76), Ucrania (15,6), Estonia (15,57), Andorra (15,48), Rumanía (15,30), Eslovenia (15,19), Bielorrusia (15,13) y el Reino Unido (13,37).

Debido a que la inmigración en diversos países es un fenómeno frecuente, algunos investigadores se han interesado por el análisis de los patrones diferenciales del consumo de alcohol entre la población inmigrante y la autóctona. La mayoría de las investigaciones revisadas han observado un consumo significativamente más bajo de alcohol en la población inmigrante<sup>64,130,131</sup>.

Según las estimaciones de la Oficina Regional de la OMS para Europa<sup>132</sup>, España es el octavo país con mayor consumo de alcohol de todo el continente europeo. El consumo de alcohol es frecuente y forma parte de la actividad cotidiana para un sector importante de la población española. Tradicionalmente, nuestro país es considerado productor de vino y se engloba en el ámbito de la cultura mediterránea respecto al consumo de alcohol. Según la terminología anglosajona, España está considerada como un país “húmedo”<sup>133</sup>, donde el consumo de alcohol está integrado en la vida diaria, las bebidas alcohólicas son fácilmente accesibles y la abstinencia es infrecuente. Sin embargo, durante los últimos 25 años se han producido cambios importantes en las pautas de consumo de alcohol en nuestro país. A pesar de que el consumo ha ido disminuyendo en los últimos años, se ha producido lo que se denomina una “modernización u homogeneización” de las pautas de ingesta de alcohol, con un incremento del consumo de cerveza y de bebidas alcohólicas durante los fines de semana<sup>128</sup>.

Los resultados de la última Encuesta Europea de Salud<sup>134</sup> muestran que en España más de un tercio de la población mayor de 16 años no ha consumido alcohol en el último año. De los que consumen alcohol, el 12,7% lo hace a diario (el 20% en el caso de los hombres frente al 5,7% de las mujeres). Sin embargo, entre los más jóvenes se aprecian menos diferencias en cuanto al consumo habitual: el 18,8% de los hombres y el 13,6% de las mujeres de 16 a 24 años beben alcohol más de dos o tres veces a la semana.

Los estudios realizados por los equipos de Carrasco y Jiménez sobre los factores asociados a la práctica de la automedicación han evidenciado asociación significativa entre esta y el consumo de alcohol. Los resultados de Carrasco et al. muestran que las personas que declaran consumir alcohol se automedican un 42% más que las que



declaran no ingerir alcohol (OR: 1,42 IC 95%: 1,29-1,56)<sup>64</sup>, porcentaje algo inferior al 48% (OR: 1,48 IC 95%: 1,30-1,68)<sup>66</sup> encontrado por Jiménez et al.

Algunos investigadores han estudiado la posible asociación de la ingesta de alcohol con el consumo de medicamentos en la población universitaria. En un estudio realizado en una universidad pública del medio oeste en los EEUU<sup>135</sup> se observó que el 12,1% de los universitarios encuestados combinaba el consumo de medicamentos prescritos con el alcohol y el 6,9% consumía simultáneamente medicamentos y varias drogas, incluyendo el alcohol. En relación con la automedicación, los resultados de un estudio realizado en la Universidad de Santiago de Compostela mostraron asociación entre el consumo de medicamentos sin prescripción y el consumo de cannabis, alcohol y tabaco<sup>96</sup>, asociación que también fue encontrada en otros estudios<sup>77,136,137</sup>.

Por otro lado, investigaciones realizadas sobre el estudio de los factores asociados al consumo de fármacos psicótrópos en la población adulta española han evidenciado que el consumo de alcohol presenta asociación negativa con el uso de psicofármacos prescritos, tanto en hombres como en mujeres<sup>30,101</sup>. El consumo es 0,67 veces menor en las personas que declaran no consumir alcohol (OR: 0,67 IC 95%: 0,48-0,93), circunstancia que se puede interpretar como un correcto seguimiento por parte del paciente de los consejos y pautas de administración recomendadas por el médico. Sin embargo, con respecto a la automedicación de este grupo farmacológico no encontraron diferencias significativas entre los consumidores y los no consumidores de alcohol.

#### **4.2.2.- Consumo de tabaco**

Según resultados de la Encuesta Europea de Salud de 2009<sup>134</sup>, el 31,5% de la población española mayor de 16 años ha fumado a diario u ocasionalmente en el último año, lo que supone un incremento de dos puntos con respecto a los últimos datos disponibles<sup>116</sup>. Así, el 27,3% fuma a diario (0,8% más), el 4,2% es fumador ocasional, el 20,2% se declara exfumador y el 48,4% nunca ha fumado. Por sexo, el 32,5% de los hombres son fumadores frente al 22,2% de las mujeres.

En su estudio sobre factores asociados a la práctica de la automedicación, Carrasco et al. objetivaron una asociación estadísticamente significativa entre la práctica del autoconsumo de fármacos y el consumo de tabaco. Los resultados muestran que las personas con hábito tabáquico se automedican un 38% más que las que no fuman (OR:

1,38 IC 95%: 1,25-1,52)<sup>64</sup>. Por el contrario, en la investigación realizada por Jiménez y colaboradores no se evidenció asociación significativa (OR: 1,11 IC 95%: 0,99-1,26)<sup>66</sup>.

Por otro lado, autores que analizaron los posibles factores asociados al consumo de fármacos entre la población universitaria encontraron asociación significativa entre la automedicación y el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas<sup>77,96,136,137</sup>. Sirvan como ejemplo los resultados hallados en un estudio de cohortes entre la población universitaria de Santiago de Compostela, en el que al inicio de la investigación se observó que los estudiantes que consumían tabaco se automedicaban un 40% más que los no fumadores (OR: 1,40 IC 95%: 1,06-1,84)<sup>96</sup>. El elevado consumo de medicamentos entre la población universitaria se podría explicar en términos de policonsumo de drogas y constituye un importante problema sanitario. Las autoridades sanitarias están llevando a cabo campañas de prevención, sensibilización social y difusión del conocimiento basado en la evidencia científica sobre las drogas y sus efectos.

### 4.2.3.- Percepción de salud

En cuanto a la influencia de la percepción del estado de salud sobre el consumo de medicamentos, se debe partir de la base de que la variable percepción o autovaloración del estado de salud tiene siempre un carácter subjetivo y que la respuesta puede estar condicionada por numerosos factores.

Ausejo y colaboradores<sup>138</sup> en su publicación del año 2008 recogen que en España se observa una tendencia más o menos estable en el porcentaje de población que considera que su estado de salud es bueno o muy bueno, tanto en hombres como en mujeres. Así en 1987 el 73,9% de la población (el 77,9% de los hombres y el 70,5% de las mujeres) consideró que su estado de salud era bueno; en 1993 el porcentaje fue del 73% (el 76,6% de los hombres y el 69,5% de la mujeres); en 2001 el 72,9% (el 78,0% de los hombres y el 68,1% de la mujeres) y en 2003 descendió ligeramente al 71,3% (el 75,7% de los hombres y el 67,1% de la mujeres). No obstante estos datos, cabe destacar que el 70% de los encuestados refieren haber tomado medicamentos en los últimos 15 días.

En el estudio epidemiológico realizado por Carrasco y colaboradores<sup>64</sup> y publicado en 2008, en el que se trabajó con datos de la Encuesta Nacional de Salud Española de 2006, se observó que la población inmigrante residente en España percibe su condición de salud de peor manera que la población autóctona (OR: 1,31 IC 95%: 1,34-1,97). Con

respecto al consumo de medicamentos, prescritos o no prescritos, es en la población autóctona donde se observa un mayor consumo (66,9% frente al 54,1%) aunque estos datos carezcan de significación estadística. Sin embargo, el consumo de medicinas alternativas sí estaba asociado a la población inmigrante.

Por el contrario, la investigación de Rivera y colaboradores<sup>139</sup> que comparó la percepción del estado de salud de la población residente en España (autóctonos y extranjeros) basándose en los datos de la Encuesta Europea de Renta y Condiciones de Vida (ECV) de los años 2004 y 2005, observó que los individuos nacidos en España declararon percibir peor salud media (2.355 y 2.304, respectivamente) tanto si se comparaban con los nacidos en otros países de Europa y residentes en España (1.911 y 1.910, respectivamente) como con los nacidos en otros países extracomunitarios (2.038 y 1.968, respectivamente). En este estudio también se analizaron variables de salud recogidas en la Encuesta Europea de Renta y Condiciones de Vida como el padecimiento de alguna enfermedad, enfermedades más frecuentes e incluso la limitación de las actividades habituales. Sin embargo se echa de menos que en dicha encuesta no se recoja ninguna pregunta sobre el consumo de medicamentos<sup>140</sup>.

#### **4.2.4.- Enfermedad crónica**

Por lo general la presencia de enfermedades crónicas aumenta a medida que avanza la edad. Las personas mayores de 65 años son las principales consumidoras de medicamentos a causa, entre otros motivos, de la mayor prevalencia de factores de riesgo y de enfermedades crónicas asociadas. El 85,4% de esta población confiesa haber tomado algún medicamento en el último año<sup>81</sup>.

Según los resultados de la Encuesta Europea de Salud de 2009<sup>134</sup> las enfermedades crónicas más diagnosticadas entre la población mayor de 16 años en España son el dolor lumbar o cervical -que afecta al 24,9% de la población-, la hipertensión arterial -que afecta al 19,7%- y las alergias -padecidas por el 16,3% de la población-. Les siguen la depresión, ansiedad crónica u otros trastornos mentales -11,7%-, las migrañas o dolores de cabeza frecuentes -11,6%-, el asma -7,1%- y la diabetes -6,6%-. Figueiras y colaboradores<sup>8</sup> observaron un 25% más de consumo de medicamentos entre las personas que padecen enfermedades crónicas frente a los que no las presentan (OR: 1,25 IC 95%: 1,16-1,34).

En relación con la automedicación, los datos obtenidos en el estudio realizado por el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada muestran que las personas que declaran padecer enfermedades crónicas se automedican un 45% menos que las que refieren no padecer ninguna (OR: 0,55 IC 95%: 0,49-0,62)<sup>66</sup>, resultados similares a los obtenidos en un estudio previo realizado por Carrasco et al.<sup>64</sup> en los que también se evidencia que los individuos que tienen enfermedades crónicas muestran una probabilidad menor de automedicarse (OR: 1,52 IC 95%: 1,36-1,71). Para algunos autores, las personas son mucho más propensas a la automedicación cuando perciben síntomas claros y puntuales, como fuertes dolores, gripe, diarrea..., que cuando estos son más suaves y duraderos. Es en esta última circunstancia cuando demandan un mayor número de consultas al médico o cuando en mayor medida practican la automedicación inadecuada.

Figueiras et al. encontraron un 79% más de automedicación inadecuada entre los sujetos con trastornos crónicos frente a los que no los presentaban (OR: 1,79 IC 95%: 1,39-2,31). En los tratamientos largos el paciente es más propenso a alterar la dosis, la pauta posológica o a no tomar los medicamentos, prácticas que también pueden considerarse expresiones de automedicación inadecuada<sup>8</sup>.

## **OBJETIVOS**

---



## **5.- OBJETIVOS**

### **Objetivos descriptivos**

1. Determinar la prevalencia de consumo de medicamentos en la población general adulta española a través de las Encuestas Nacionales de Salud (1987 – 2006).
2. Determinar la prevalencia de consumo de medicamentos prescritos en la población general adulta española a través de las Encuestas Nacionales de Salud (1987 – 2006).
3. Determinar la prevalencia de consumo de medicamentos no prescritos en la población general adulta española a través de las Encuestas Nacionales de Salud (1987 – 2006).
4. Determinar la prevalencia de automedicación aceptable en la población general adulta española a través de las Encuestas Nacionales de Salud (1987 – 2006).

### **Objetivos analíticos**

1. Identificar los factores asociados al consumo de medicamentos prescritos y automedicados en la población general adulta española a través de las Encuestas Nacionales de Salud (1987 – 2006).





## **SUJETOS Y MÉTODO**

---



## **6.- SUJETOS Y MÉTODO**

### **6.1.- Método**

Estudio de corte transversal.

### **6.2.- Sujetos de estudio**

La muestra estudiada procede de la población reclutada por las Encuestas Nacionales de Salud de los años 1987, 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006. Los sujetos de nuestro estudio han sido la población de 16 o más años de edad de las respectivas ENSE.

#### **6.2.1.- Metodología de la ENSE 1987**

##### ***6.2.1.1.- Ámbito de estudio***

##### **Ámbito poblacional**

La Encuesta Nacional de Salud de España 1987<sup>141</sup> (ENSE 87) se realizó sobre una amplia muestra de población española no institucionalizada, mediante entrevista directa.

##### **Ámbito geográfico y temporal**

Todo el territorio español, a excepción de las provincias de Ceuta y Melilla. Cada provincia se consideró como una población independiente a efectos de la selección de la muestra. La recogida de datos se desarrolló entre los días 3 y 27 de julio del año 1987. El período de referencia de las variables estudiadas comprende de dos semanas a un año anterior al momento de la entrevista.

##### ***6.2.1.2.- Diseño muestral***

##### **Tamaño de la muestra de adultos**

Se realizaron 29.647 entrevistas de población adulta (16 años o más). La muestra es representativa a nivel autonómico.

##### **Afijación de la muestra**

La distribución de la muestra se realizó con los siguientes criterios: 1.- Se asignó a cada provincia un mínimo de 500 unidades con objeto de limitar el error de los

estimadores de las proporciones a nivel provincial.; 2.-Se asignó a cada Comunidad Autónoma un mínimo de 1.000 unidades con objeto de poder realizar estimaciones de las proporciones en cada Comunidad con errores más bajos que los errores provinciales. 3.- Se repartió el resto de unidades hasta el total muestral proporcionalmente a la población de cada provincia, estimada a 31 de diciembre de 1986, según las proyecciones del INE.

### **Procedimiento de muestreo**

El muestreo fue polietápico, estratificado y aleatorio. En cada una de las 50 provincias se realizó un muestreo polietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de cada etapa fueron: municipios, distritos, secciones, viviendas e individuos.

Los municipios se estratificaron en función de su población de la siguiente manera:

*Estrato 1:* Municipios de menos de 2.000 habitantes.

*Estrato 2:* Municipios de 2.001 a 10.000 habitantes.

*Estrato 3:* Municipios de 10.001 a 50.000 habitantes.

*Estrato 4:* Municipios de 50.001 a 100.000 habitantes.

*Estrato 5:* Municipios de 100.001 a 400.000 habitantes.

*Estrato 6:* Municipios de 400.001 a 1.000.000 habitantes.

*Estrato 7:* Municipios de más de 1.000.000 habitantes.

El paso siguiente fue seleccionar, dentro de cada estrato, los municipios en que debían realizarse las entrevistas:

*Unidades de primera etapa:* Selección aleatoria de municipios con probabilidades proporcionales al número de habitantes del municipio.

*Unidades de segunda etapa:* Selección aleatoria de distritos con probabilidades proporcionales al número de habitantes del distrito.

*Unidades de tercera etapa:* Selección de secciones, asignando a cada una la misma probabilidad de estar representada en la muestra.

*Unidades de cuarta etapa:* Selección de viviendas por el entrevistador mediante la utilización de rutas aleatorias.

*Unidades de quinta etapa:* Selección de unidades elementales (individuos) según cuotas de sexo y edad.

#### **6.2.1.3.- Trabajo de campo**

La realización del trabajo de campo se llevó a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), organismo que cuenta con una red de estable y profesionalizada de investigadores, durante los días 3 a 27 de julio de 1987.

#### **6.2.1.4.- Error muestral**

Teniendo en cuenta tanto el tamaño muestra como el procedimiento de muestreo, se estimaron los siguientes errores máximos: El error de muestreo máximo ( $p = 50\%$ ) para la estimación de resultados globales estatales en la muestra de adultos es de 0,9%, con un nivel de confianza del 95%.

### **6.2.2.- Metodología de la ENSE 1993**

#### **6.2.2.1.- Materias objeto de estudio**

Al igual que en la ENSE 87, las grandes materias que se abordan en la ENSE 93<sup>142</sup> son la valoración subjetiva del estado de salud, la valoración del tipo de accidentes ocurridos y su gravedad, la utilización de los servicios sanitarios públicos y privados en régimen ambulatorio y de hospitalización, determinados hábitos de vida que influyen en el estado de salud (alcohol, tabaco, ejercicio físico, horas de sueño) y la modalidad de cobertura sanitaria. No se recaba información en la ENSE 93 acerca de la utilización de servicios realizada por un ciudadano en representación de otro (consultas por familiares), que sí fueron objeto de análisis en 1987. En 1993 se recaba información acerca del nivel de autovalimiento en las personas mayores de 65 años, como elemento que se reconoce con gran influencia en las necesidades de servicios.

#### **6.2.2.2.- Diseño de los cuestionarios y supervisión de su administración**

Los cuestionarios fueron diseñados por un pequeño grupo de trabajo *ad hoc*, tomando como base los empleados en la ENSE 87, con el fin de preservar al máximo de comparación entre ambos estudios. Se suprimieron o modificaron sustancialmente aquellas preguntas de la ENS 87 que habían resultado con elevadas tasas de respuestas inválidas o no respuestas. Se obvió la inclusión en el cuestionario de aquellas preguntas,

siendo de aplicación sucesiva a preguntas filtro, y teniendo en cuenta los resultados de 1987, no permitieran obtener resultados valorables, según el tamaño muestral previsto.

Se analizaron por el grupo las necesidades de nueva información surgidas desde 1987, y así se decidió incorporar preguntas específicas acerca de determinadas materias, para las cuales no existiera otra fuente de información y cuyo conocimiento resultara de interés para planificar la reorganización de servicios y guiar acciones del propio Ministerio de Sanidad y Consumo, en su caso de las diferentes Comunidades Autónomas.

Así, se incluyeron como novedad, respecto a 1987, la ya mencionada escala de autovaloramiento para personas mayores de 65 años, preguntas sobre recepción de dosis de vacuna antigripal y utilización de servicios ginecológicos (mujeres). Asimismo se introdujo una modificación sustancial respecto a la ENSE 87 en la forma de preguntar el tipo de cobertura sanitaria, también se modificó sustancialmente la variable de control de 1987 “nivel de renta”, que había obtenido elevadas tasas de no respuesta, por la de estatus socioeconómico generada a partir de otras dos directamente recogidas (estudios y ocupación del cabeza de familia) clasificadas en cinco tramos. Esta nueva variable de control había sido ya testada por el propio Ministerio de Sanidad y Consumo en otras encuestas, obteniendo resultados muy satisfactorios.

### ***6.2.2.3.- Ámbito de estudio y población marco***

#### **Ámbito poblacional**

La Encuesta Nacional de Salud de España 1993 (ENSE 93) se realizó sobre una amplia muestra de población española no institucionalizada, mediante entrevista directa.

La información sobre la población marco se obtuvo del Censo de Población de 1991, referida a la población de municipios y a la distribución de las secciones. Esta información se sometió al proceso de estratificación al posteriormente se hace referencia.

#### **Ámbito geográfico y temporal**

Todo el territorio español, incluyendo Ceuta y Melilla. La recogida de datos se desarrolló desde el 15 de febrero al 3 de marzo del año 1993. El periodo de referencia de las variables estudiadas comprende de dos semanas a un año anterior al momento de la entrevista.

#### **6.2.2.4.- Diseño muestral**

##### **Tamaño de la muestra de adultos**

Se realizaron 21.120 entrevistas de población adulta (16 años o más). La muestra es representativa a nivel de Comunidades Autónomas.

##### **Afijación de la muestra**

La distribución de la muestra se realizó con los siguientes criterios: 1.-Se asignó a cada provincia un mínimo de 120 unidades con objeto de limitar el error de los estimadores de las proporciones a nivel provincial. 2.- Se asignó a cada Comunidad Autónoma un mínimo de 800 unidades con objeto de poder realizar estimaciones de las proporciones en cada Comunidad con errores más bajos que los errores provinciales. 3.- Se repartió el resto de unidades hasta el total muestral proporcionalmente a la población de cada provincia, según el Censo de población de 1991.

De acuerdo a estos criterios, se crearon cuatro módulos que se aplicaron a las Comunidades Autónomas que constaron de 800, 1.000, 1.500 y 2.000 entrevistas. A Ceuta y Melilla se le aplicaron 160 entrevistas a cada una de ellas.

##### **Procedimiento de muestreo**

El muestreo fue polietápico, estratificado y aleatorio. En cada una de las 52 provincias se realizó un muestreo polietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de cada etapa fueron: municipios, distritos, secciones, viviendas e individuos.

Los municipios se estratificaron en función de su población de igual modo que en la ENSE 1987. El siguiente paso fue seleccionar, dentro de cada estrato, los municipios en que debían realizarse las entrevistas:

La selección se hizo de forma aleatoria proporcional, dándole a cada municipio el peso poblacional que tenía dentro de cada estrato. El número de municipios a elegir se fijó en función del número de entrevistas y del tamaño del municipio. En los estratos inferiores el número de entrevistas asignadas a cada municipio es menor al de los estratos de mayor tamaño, dado que el tamaño de los municipios pequeños no permitiría realizar un número elevado de entrevistas y dado que interesaba aumentar en lo posible el número de puntos de muestreo en búsqueda de una mayor dispersión de la muestra.

Elegidos los municipios, la siguiente etapa consistió en la selección, de forma aleatoria proporcional, e los distritos en que debían realizarse las entrevistas.

La última etapa consistió en seleccionar de forma aleatoria simple las secciones, que respondieron a las rutas que debían seguir los entrevistadores en la aplicación de los cuestionarios. Definidas las secciones, el entrevistador, mediante valores de “X”, eligió las viviendas donde debían realizarse las entrevistas, y finalmente a los individuos por cuotas de sexo y edad.

### **6.2.2.5.- Trabajo de campo**

La realización del trabajo de campo se llevó a cabo por el CIS, durante el 15 de febrero al 3 de marzo del año 1993.

### **6.2.2.6.- Error muestral**

Teniendo en cuenta tanto el tamaño muestra como el procedimiento de muestreo, se estimaron los siguientes errores máximos: El error de muestreo máximo ( $p = 50\%$ ) para la estimación de resultados globales estatales en la muestra de adultos es de 0,9%, con un nivel de confianza del 95,5%.

### **6.2.3.- Metodología de la ENSE 1995**

El objetivo general que guió la realización de la edición de la Encuesta Nacional de salud de 1995<sup>143</sup>, consistió en la continuación de la serie histórica y en el aprovechamiento continuado de la información seriada para la planificación sanitaria y la atención a los usuarios de servicios en consonancia con el sentir de los mismos y su estado de salud. Así como, en el plano metodológico, la utilización de un diseño alternativo y complementario al empleo de *macroencuestas*.

Las características generales del diseño de la muestra de la ENSE 95 y que la diferencian de anteriores ediciones, es que para afrontar potenciales variantes estacionales en los datos de morbilidad, hábitos de vida y utilización de los servicios de salud se procedió a un desglose en cuatro fases a lo largo del año correspondientes a los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre de 1995. Por tanto los resultados de la ENSE 95 están *desestacionalizados*, lo cual tiene que tenerse en consideración al comparar los resultados con la ENSE 87 (verano) y la ENSE 93 (invierno).



### **6.2.3.1.- Materias objeto de estudio**

Al igual que en la ENSE 93, las grandes materias que se abordan en la ENSE 95 son la valoración subjetiva del estado de salud, la valoración del tipo de accidentes ocurridos y su gravedad, la utilización de los servicios sanitarios públicos y privados en régimen ambulatorio y de hospitalización, determinados hábitos de vida que influyen en el estado de salud (alcohol, tabaco, ejercicio físico, horas de sueño) y la modalidad de cobertura sanitaria.

### **6.2.3.2.- Diseño de los cuestionarios**

Los cuestionarios fueron diseñados tomando como base los empleados en la ENSE 87 y la ENSE 93, con el fin de preservar al máximo la posibilidad de comparación entre estos estudios. Se obvió la inclusión en el cuestionario de aquellas preguntas que, siendo de aplicación sucesiva a otras preguntas filtro, y teniendo en cuenta los resultados de 1993, no permitieran obtener resultados valorables, según el tamaño muestral previsto.

Se analizaron las necesidades de nueva información surgidas desde 1993, y así se decidió incorporar preguntas específicas acerca de determinadas materias, para las cuales no existiera otra fuente de información y cuyo conocimiento resultara de interés para planificar la reorganización de servicios y guiar acciones del propio Ministerio de Sanidad y Consumo.

Así, se incluyeron como novedad, respecto a 1993, preguntas sobre salud bucodental (todas las edades) y una adaptación del cuestionario de Discapacidades crónicas recomendado por la OMS<sup>144</sup> que se aplica a todos los entrevistados adultos. Se introdujo asimismo una modificación respecto a la ENSE 93 en la forma de preguntar el tipo de cobertura sanitaria, eliminando se el entrevistador en titular o beneficiario.

Se mantiene la variable de control de la ENSE 93 “estatus socioeconómico” generada a partir de otras dos directamente recogidas (estudios y ocupación del cabeza de familia) clasificadas en cinco tramos.

### **6.2.3.3.- Ámbito de estudio y población marco**

#### **Ámbito poblacional**

La Encuesta Nacional de Salud de España 1995 (ENSE 95) se realizó mediante entrevista directa a una amplia muestra de población española no institucionalizada.

La información sobre la población marco se obtuvo del Censo de Población de 1991, referida a la población de municipios y a la distribución de las secciones. Esta información se sometió al proceso de estratificación al posteriormente se hace referencia.

### **Ámbito geográfico y temporal**

Todo el territorio español, a excepción de las provincias de Ceuta y Melilla. La recogida de datos se desarrolló en cuatro oleadas, desde el 13 de marzo al 19 de diciembre del año 1995.

#### **6.2.3.4.- *Diseño muestral***

Para afrontar potenciales variaciones estacionales en los datos de morbilidad, hábitos de vida, y utilización de los servicios de salud se procedió a un desglose en cuatro fases a lo largo del año 1995, denominadas Oleadas y éstas se distribuyeron de la siguiente manera: Primera oleada (adultos): 13 de marzo a 10 abril; segunda oleada (adultos): 3 a 30 de junio; tercera oleada (adultos): 9 de septiembre a 6 de octubre.; cuarta oleada (adultos): 22 de noviembre a 19 de diciembre.

Para incrementar la versatilidad analítica de la información recogida en cada fase, se procedió a subdividir cada una de las muestras de adultos en cuatro submuestras de aplicación semanal.

Hay que resaltar la versatilidad del diseño esbozado, por cuanto al tratarse de muestras y submuestras independiente admiten tratamientos analíticos por separado, sin menoscabo de la utilización conjunta y global o de su utilización para uno o varios periodos de referencia, desde el período menor o semanal al periodo anual íntegro.

### **Tamaños muestrales de la muestra de adultos**

Se realizaron 6.400 entrevistas de población adulta (16 años o más) estructurada en cuatro oleadas, submuestras mensuales, que se aplican trimestralmente. A su vez cada submuestra se divide en cuatro bloques semanales de 400 entrevistas. La muestra es representativa a nivel Nacional.

#### Estructura completa de la muestra:

##### *I. Muestra base:*

- Período de referencia o de aplicación del campo: 1 año.

- Entrevistas: 6.400.
- Afijación: proporcional a la población de los diferentes estratos.
- Número de submuestras: 4.

#### *II. Las submuestras:*

- Período de referencia o de aplicación del campo: 1 mes.
- Entrevistas: 1.600.
- Afijación: proporcional a la población de los diferentes estratos.
- Número de bloques: 4.

#### *III. Los bloques:*

- Período de referencia o de aplicación del campo: 1 semana.
- Entrevistas: 400.
- Afijación: proporcional a la población de los diferentes estratos.

### **Procedimiento de muestreo**

El muestreo fue polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad.

Los estratos se formaron por el cruce de las 17 regiones autonómicas con el tamaño del hábitat, dividido en 7 categorías (iguales a las utilizadas en Encuestas previas).

#### **6.2.3.5.- Trabajo de campo**

La realización del trabajo de campo se llevó a cabo por el CIS, que había realizado ya los trabajos de campo de la ENSE 87 y ENSE 93. Para este estudio el CIS seleccionó a los encuestadores de mayor disponibilidad y con experiencia anterior en encuestas de salud, siendo el mismo equipo en que trabajó en todas las oleadas, lo que favoreció los trabajos de aplicación de los cuestionarios en el conjunto del estudio.

#### **6.2.3.6.- Error muestral**

Teniendo en cuenta tanto el tamaño muestra como el procedimiento de muestreo, se estimaron los siguientes errores máximos: Para un nivel de confianza del 95,5% y  $P=Q$ , el error es de 2,50% para la submuestra de adultos.

### **6.2.4.- Metodología de la ENSE 1997**

El estudio correspondiente a la Encuesta Nacional de Salud de 1997<sup>145</sup> trata de aprovechar la experiencia iniciada en la ENSE 95, en la que por primera vez se abandonó el esquema de la macroencuesta a favor de un diseño metodológico más versátil y ambicioso basado en la utilización de muestras y submuestras independientes que se aplican a lo largo del año en varias fases y dentro de cada una de ellas en bloques previamente definidos. Este nuevo diseño metodológico ofrece unas posibilidades de análisis, sincrónico y diacrónico, que se han demostrado especialmente útiles para el tipo de información recogida.

#### **6.2.4.1.- Materias objeto de estudio**

De manera específica, los objetivos de la ENSE 97 se centran en la recogida sistemática de información, representativa del conjunto de la población española no institucionalizada, sobre algunos de los siguientes aspectos: 1.-Morbilidad percibida por la población: enfermedades, limitaciones, incapacidades, repercusión y transcendencia de los accidentes de cualquier tipo que sufre la población encuestada, características físicas y condiciones bucodentales. 2.-Características y condiciones del uso de los servicios de salud. 3.-Tipos y distribución de hábitos de vida: consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, horas diarias de sueño y ejercicio físico. 4.-Población mayor de 65 años: se indaga sobre la capacidad de realizar sólo o con ayuda una serie de actividades de la vida cotidiana. 5.-Otras características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, situación laboral y profesión.

#### **6.2.4.2.- Diseño de los cuestionarios**

Los cuestionarios fueron diseñados por un pequeño grupo de trabajo *ad hoc*, tomando como base los empleados en encuestas anteriores, con el fin de preservar al máximo la posibilidad de comparación con anteriores estudios, y de acuerdo con las normas propias de elaboración del cuestionario de del centro de Investigaciones Sociológicas.

En los cuestionarios de la ENSE 97 se introdujo una sensible modificación en la pregunta referida al nivel de estudios del entrevistado, como consecuencia de los problemas que se habían detectado en el indicador que se venía utilizando en los estudios de años anteriores. No obstante, se adoptaron las precauciones metodológicas necesarias

para asegurar al máximo la comparabilidad de los datos resultantes respecto a los obtenidos en encuestas anteriores.

#### **6.2.4.3.- *Ámbito de estudio***

##### **Ámbito poblacional**

La Encuesta Nacional de Salud de España 1995 (ENSE 97) se realizó sobre una amplia muestra de población española no institucionalizada, mediante entrevista directa.

##### **Ámbito geográfico y temporal**

Todo el territorio español, a excepción de las provincias de Ceuta y Melilla. La recogida de datos se desarrolló en cuatro oleadas, desde el 18 de febrero al 2 de diciembre del año 1997.

#### **6.2.4.4.- *Diseño muestral***

El diseño de la muestra adoptado en la ENSE 97 reproduce el esquema general utilizado en la anterior encuesta de 1995, dado que su aplicación puso de manifiesto la mayor potencialidad y versatilidad analítica respecto a diseños más clásicos basados en el incremento de volumen muestral pero que solamente aportaban una “foto fija” del estado de la cuestión en un momento temporal determinado.

Para afrontar potenciales variaciones estacionales en los datos de morbilidad, hábitos de vida, y utilización de los servicios de salud se procedió a un desglose en cuatro fases u oleadas a lo largo del año 1997, se distribuyeron de la siguiente manera:

- Primera oleada (adultos): 18 de febrero a 17 de marzo.
- Segunda oleada (adultos): 18 de mayo a 15 de junio.
- Tercera oleada (adultos): 15 de septiembre a 12 de octubre.
- Cuarta oleada (adultos): 24 de noviembre a 2 de diciembre.

Para incrementar la versatilidad analítica de la información recogida en cada oleada, se procedió a subdividir cada una de las muestras de adultos en cuatro submuestras de aplicación semanal.

Hay que resaltar la versatilidad del diseño esbozado, por cuanto al tratarse de muestras y submuestras independiente admiten tratamientos analíticos por separado, sin menoscabo de la utilización conjunta y global o de su utilización para uno o varios períodos de referencia, desde el período menor o semanal al período anual íntegro.

La afijación es proporcional a la población de los diferentes estratos y el procedimiento de muestreo es estratificado a partir de las variables clásicas de Comunidad Autónoma y tamaño de hábitat.

### **Tamaños muestrales de la muestra de adultos**

Se realizaron 6.400 entrevistas de población adulta (16 años o más) estructurada en cuatro oleadas, submuestras mensuales, que se aplican trimestralmente. A su vez cada submuestra se divide en cuatro bloques semanales de 400 entrevistas. La muestra es representativa a nivel Nacional.

#### Estructura completa de la muestra:

##### *I. Muestra base:*

- Período de referencia o de aplicación del campo: 1 año.
- Entrevistas: 6.400.
- Afijación: proporcional a la población de los diferentes estratos.
- Número de submuestras: 4.

##### *II. Las submuestras:*

- Período de referencia o de aplicación del campo: 1 mes.
- Entrevistas: 1.600.
- Afijación: proporcional a la población de los diferentes estratos.
- Número de bloques: 4.

##### *III. Los bloques:*

- Período de referencia o de aplicación del campo: 1 semana.
- Entrevistas: 400.
- Afijación: proporcional a la población de los diferentes estratos.

### **Procedimiento de muestreo**

El muestreo fue polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad.

Los estratos se formaron por el cruce de las 17 regiones autonómicas con el tamaño del hábitat, dividido en 7 categorías (iguales a las utilizadas en Encuestas previas).

#### **6.2.4.5.- Trabajo de campo**

La realización del trabajo de campo se llevó a cabo por el CIS, que había realizado ya los trabajos de campo de la ENSE 87, ENSE 93 y ENSE 95. Para este estudio el CIS seleccionó a los encuestadores de mayor disponibilidad y con experiencia anterior en encuestas de salud, siendo el mismo equipo en que trabajó en todas las oleadas, lo que favoreció la uniformidad de procedimientos y criterios en la aplicación de los cuestionarios en el conjunto del estudio.

#### **6.2.4.6.- Error muestral**

Teniendo en cuenta tanto el tamaño muestra como el procedimiento de muestreo, se estimaron los siguientes errores máximos. Para un nivel de confianza del 95,5% y  $P=Q$ , el error es de 1,25% para la muestra de adultos.

### **6.2.5.- Metodología de la ENSE 2001**

En 1999 la Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud reunió a un grupo de expertos a fin de analizar la situación de las encuestas de salud que se habían realizado en España hasta ese momento, y proponer modificaciones que debían incorporarse al proyecto, de cara a los próximos diez años.

Utilizar instrumentos validados internacionalmente, armonizarlos con encuestas autonómicas, aplicar una metodología diferente al diseño muestral sin perder la serie de datos que obtienen con el actual modelo de encuesta, eran objetivos que se podían plantear a medio y largo plazo, pero que en el año 2000, momento en que se plantea la posibilidad de realizar la Encuesta Nacional de Salud de España 2001<sup>146</sup> (ENSE01), no se podían alcanzar.

Ante esta situación la Dirección General de Salud Pública y Consumo encargó a la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología la realización de una nueva ENSE con metodología esencialmente parecida a anteriores ediciones y con los siguientes objetivos:

- *Actualizar los datos*, ya que la última ENSE se había abordado en 1997.
- *Estimaciones a nivel de Comunidades Autónomas* ya que desde la ENSE 93 no se tenían datos que permitiesen ese tipo de desagregación, excepto para algunas Comunidades.
- Incorporar a los cuestionarios materias nuevas que no estuviese presentes en otras fuentes de información que fueran de interés para la planificación y orientación de los servicios y para mejorar el conocimiento del estado de salud de la población española.

La Encuesta Nacional de Salud de España 2001 (ENSE 01), se propone básicamente la continuación de la serie histórica iniciada con la primera encuesta realizada en 1987 y en el aprovechamiento continuado de esa información que ha tenido actualizaciones con las encuestas de 1993, 1995 y 1997.

### **6.2.5.1.- Materias objeto de estudio**

Al igual que en anteriores encuestas, las grandes materias que se abordan en la ENSE 01 son: La valoración subjetiva del estado de salud, la valoración del tipo de accidentes ocurridos y su gravedad, la utilización de los servicios sanitarios públicos y privados en régimen ambulatorio y de hospitalización, determinados hábitos de vida que influyen en el estado de salud (alcohol, tabaco, ejercicio físico, horas de sueño) y la modalidad de cobertura sanitaria. Se ha recabado información acerca del nivel de autoalimentación en las personas mayores de 65 años, como elemento que se reconoce con gran influencia en la previsión de las necesidades de servicios.

### **6.2.5.2.- Diseño de los cuestionarios**

Los cuestionarios aplicados fueron diseñados tomando como base aquellos empleados en la ENSE 97, con el fin de preservar al máximo posibilidad de comparación con anteriores encuestas.

Se analizaron las necesidades de nueva información surgidas desde 1997, y así se decidió incorporar preguntas específicas acerca de determinadas materias, cuyo



conocimiento resultara de interés para planificar la reorientación de servicios y guiar acciones del propio Ministerio de Sanidad y Consumo.

Así, se incluyeron como novedad, respecto a 1997, variables que podían permitir el análisis de la encuesta desde una *perspectiva de género*. La ausencia de indicadores uniformes y la dificultad de crear variables sencillas que permitieran aproximarse a este enfoque fue uno de los principales problemas a la hora de redactar los cuestionarios. Se realizó una revisión de otras encuestas y finalmente se incluyeron algunas preguntas que intentaron aproximarse a una mayor comprensión de la salud y de sus determinantes en las mujeres y en los hombres.

Se incluyeron materias nuevas sobre *trabajo productivo (no remunerado)*. Otra de las novedades incluida en la ENSE 01 afecta a la caracterización de la posición social, se incluyeron las variables utilizadas por el CIS en sus estudios, lo que ofreció entre otras ventajas, al estar basada en la Clasificación Nacional de Ocupaciones, hacer posible la comparación con otros estudios y encuestas.

También se incorporaron a los cuestionarios como novedad otras materias que se consideraron de interés por carecer, en algunos casos de información y en otros para complementar información existente en otras fuentes. Así se incluyeron preguntas sencillas sobre problemas para acceder a la asistencia sanitaria, apoyo social que se tiene en diferentes ocasiones, frecuencia semanal de consumo de ciertos alimentos y tipo de desayuno.

#### **6.2.5.3.- *Ámbito de estudio y población marco***

##### **Ámbito poblacional**

La información sobre la población marco se obtuvo del Censo de Población de 1991, referida a la población de municipios y a la distribución de las secciones. Esta información se sometió al proceso de estratificación al posteriormente se hace referencia.

##### **Ámbito geográfico y temporal**

Todo el territorio español, incluyendo las provincias de Ceuta y Melilla. La recogida de datos se desarrolló en cuatro oleadas, desde febrero a de noviembre del año 2001.

### **6.2.5.4.- Diseño muestral**

#### **Tamaños muestrales de la muestra de adultos**

Se realizaron 21.120 entrevistas de población adulta (16 años o más) estructurada en cuatro oleadas, submuestras de 5.280 entrevistas, que se aplican trimestralmente. Se crearon cuatro módulos de 800, 1.000, 1.500 y 2.000 que se aplicaron a las distintas Comunidades Autónomas (estratos). A Ceuta y Melilla se les asignaron 120 entrevistas a cada una.

Una vez asignadas las entrevistas por Comunidades, se hizo una distribución en el interior de las mismas de forma proporcional al tamaño de la población de los distintos hábitats. Al tratarse de una muestra no proporcional y, en consecuencia, con diferentes tasas de muestreo de los distintos estratos (las comunidades autónomas), se hace imprescindible la aplicación de coeficientes de ponderación que permitan agregar los resultados de los diferentes estratos. Como unidad de ponderación se ha tomado la comunidad autónoma, a la cual se aplican los coeficientes que se recogen en los ficheros de datos.

#### Estructura completa de la muestra:

##### *I. Muestra base:*

- Período de referencia o de aplicación del campo: 1 año.
- Entrevistas: 21.120.
- Afijación: no proporcional entre estratos, las distintas C.C.A.A. y dentro de estos proporcional a la población de los subestratos, las diferentes categorías de tamaños de hábitat.
- Número de submuestras: 4.

##### *II. Las submuestras:*

- Período de referencia o de aplicación del campo: 1 mes.
- Entrevistas: 5.800.
- Afijación: no proporcional entre estratos, las distintas C.C.A.A. y dentro de estos proporcional a la población de los subestratos, las diferentes categorías de tamaños de hábitat.

### **Procedimiento de muestreo**

El muestreo fue polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad.

La estratificación de municipios se realizó en 7 tamaños de hábitat, distribuyendo las entrevistas de forma proporcional al peso de los distintos tamaños de hábitat respecto al total de la población de la comunidad autónoma en cuestión.

#### ***6.2.5.5.- Trabajo de campo***

La realización del trabajo de campo se llevó a cabo por el CIS, que había realizado ya los trabajos de campo de la ENSE 87, ENSE 93, ENSE 95 y ENSE 97.

Para este estudio el CIS seleccionó a los encuestadores de mayor disponibilidad y con experiencia anterior en encuestas de salud, siendo el mismo equipo en que trabajó en todas las oleadas, lo que favoreció la uniformidad de procedimientos y criterios en la aplicación de los cuestionarios en el conjunto del estudio.

#### ***6.2.5.6.- Error muestral***

Teniendo en cuenta tanto el tamaño muestra como el procedimiento de muestreo, se estimaron los siguientes errores máximos. El error de muestreo máximo para la estimación de resultados globales estatales en la muestra de adultos es de  $\pm 0,69\%$  en el supuesto de muestreo aleatorio simple, para intervalos de confianza del 95,5% y máxima variabilidad  $P=Q$ .

### **6.2.6.- Metodología de la ENSE 2003**

La Encuesta Nacional de Salud de 2003<sup>147</sup> es una operación estadística incluida en el Plan Estadístico Nacional y que ha venido siendo realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo hasta el año 2001. En virtud del Acuerdo Marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística para la realización de esta Encuesta, firmado el 11 de marzo de 2002, el INE se encargará en lo sucesivo de la realización del proyecto técnico, del diseño muestral, la preparación de los cuestionarios, la formación de entrevistadores, la recogida de los datos y el tratamiento informático hasta llegar a los ficheros finales de la Encuesta.

### **6.2.6.1.- Materias objeto de estudio**

Al igual que en anteriores encuestas, La Encuesta Nacional de Salud 2003 (ENS) es una investigación sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos, es decir, ofrece la visión que las personas tienen de su estado de salud y de la asistencia de atención primaria y especializada. Por tanto, permite completar el sistema de información sanitaria aportando datos de las personas que no acuden al sistema sanitario.

Tiene como objetivo general proporcionar información sobre aspectos como la morbilidad percibida, los hábitos de vida, las conductas relacionadas con los factores de riesgo, la utilización de los servicios sanitarios y prácticas preventivas para poder planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria, y proporcionar la adecuada atención a los usuarios de los servicios de salud.

### **6.2.6.2.- Fases de la Encuesta**

Conocidos los componentes del concepto de salud a investigar y establecido el criterio de cuáles eran las variables a estudiar, se planteó la realización del estudio en dos fases, que se identificaron la primera fase con el Cuestionario de Hogar y la segunda con el Cuestionario de Adultos (personas de 16 y más años).

En la primera fase se intentó captar a todas las personas residentes en el hogar, solicitándoles a todos sus miembros información sobre ciertas variables sociodemográficas. También se preguntó sobre quién se ocupa del cuidado de los niños y del trabajo de la casa.

En la segunda fase se recogió información de una única persona de 16 y más años seleccionada aleatoriamente dentro del hogar a través del Cuestionario de Adultos. A estas personas se les pasó una batería de preguntas referentes a los temas objeto de estudio: Medida de la utilización de los servicios sanitarios y sociales, autovaloración del estado de salud, características antropométricas, limitaciones temporales de las actividades cotidianas, hábitos de vida, accidentalidad, prevalencia de enfermedades crónicas, prácticas preventivas y hábitos de nutrición.

#### **6.2.6.3.- *Ámbito de estudio y población marco***

##### **Ámbito poblacional**

La investigación se dirigió al conjunto de personas que residían en viviendas familiares principales. Cuando una misma vivienda estaba constituida por dos o más hogares, el estudio se extendía a todos ellos, pero de manera independiente para cada hogar.

El marco utilizado para la selección de la muestra fue un marco de áreas formado por la relación de secciones censales utilizadas en el Padrón Municipal de habitantes de 2002. Para las unidades de segunda etapa se utilizó la relación de viviendas familiares principales en cada una de las secciones seleccionadas para la muestra.

##### **Ámbito geográfico y temporal**

Todo el territorio español, incluyendo las provincias de Ceuta y Melilla. El período de recogida de la información abarcó el segundo, tercero y cuarto trimestre de 2003 y primer trimestre de 2004 (desde abril de 2003 hasta marzo de 2004). El ámbito temporal se correspondió con cada ciclo trimestral a partir del segundo trimestre de 2003.

#### **6.2.6.4.- *Diseño muestral***

##### **Procedimiento de muestreo**

El tipo de muestreo utilizado fue un muestreo polietápico estratificado. Las unidades de primera etapa fueron las secciones censales. Las unidades de segunda etapa fueron las viviendas familiares principales. Dentro de ellas no se realizó submuestreo alguno, se investigó a todos los hogares que tenían su residencia habitual en las mismas. Dentro de cada hogar se seleccionó a un adulto (16 o más años) para cumplimentar el Cuestionario de Adultos.

Las unidades de primera etapa se agruparon en estratos de acuerdo con el tamaño del municipio al que pertenecía la sección.

Se consideraron los siguientes estratos:

Estrato 0: Municipios de más de 500.000 habitantes.

Estrato 1: Municipio capital de provincia (excepto los anteriores).

Estrato 2: Municipios con más de 100.000 habitantes (excepto los anteriores).

Estrato 3: Municipios de 50.000 a 100.000 habitantes (excepto los anteriores).

Estrato 4: Municipios de 20.000 a 50.000 habitantes (excepto los anteriores).

Estrato 5: Municipios de 10.000 a 20.000 habitantes.

Estrato 6: Municipios con menos de 10.000 habitantes.

Para cada Comunidad Autónoma se diseñó una muestra independiente que la representa, por ser uno de los objetivos de la encuesta facilitar datos con este nivel de desagregación.

### **Tamaño de la muestra. Afijación**

Para cubrir los objetivos de la encuesta de poder facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a nivel nacional y de Comunidad Autónoma, se seleccionó una muestra de aproximadamente 22.000 viviendas distribuidas en 1.844 secciones censales. La muestra se distribuyó entre Comunidades Autónomas asignando una parte uniformemente y otra proporcionalmente al tamaño de la Comunidad. El número de viviendas seleccionadas en cada sección censal fue de 12.

### **Selección de la muestra**

Las secciones se seleccionaron dentro de cada estrato con probabilidad proporcional a su tamaño. Las viviendas, en cada sección, con igual probabilidad mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio. Este procedimiento condujo a muestras autoponderadas en cada estrato.

Para la selección de la persona que debía cumplimentar el Cuestionario de Adultos se utilizó un procedimiento aleatorio que asignó igual probabilidad a todos los adultos.

### **Distribución en el tiempo**

La muestra se distribuyó uniformemente entre los cuatro trimestres que componen el ámbito temporal de la encuesta. Dentro de cada trimestre se procuró asimismo que la distribución de la muestra por semana de referencia fuera lo más homogénea posible.

#### **6.2.6.5.- Trabajo de campo**

Se llevó a cabo por el Instituto Nacional de Estadística.

### **6.2.7.- Metodología de la ENSE 2006**

La Encuesta Nacional de Salud 2006/2007<sup>148</sup> (ENS 06) es una investigación, de carácter bienal, sobre la salud en su sentido más amplio y sus factores determinantes desde la perspectiva de los ciudadanos.

La ENS 06 es una operación estadística incluida en el Plan Estadístico Nacional y que fue realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo hasta el año 2001. En marzo de 2002 se firmó un Acuerdo Marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística en el que se establecieron las líneas básicas de cooperación y colaboración entre ambos organismos en relación con la ENS. El desarrollo del Acuerdo Marco se realizó través de Acuerdos Específicos en los que se detallaron los compromisos de cada una de las partes, los calendarios y los recursos financieros.

El Acuerdo específico para realizar la ENS 06 establece que el Ministerio de Sanidad y Consumo se encargará de definir los objetivos, el ámbito de la investigación, las variables y el plan básico de explotación de los resultados. El INE colaborará con el Ministerio en la elaboración de los cuestionarios y se encargará en lo sucesivo de la realización del proyecto técnico, del diseño muestral, de la formación de entrevistadores e inspectores, de la recogida de los datos y del tratamiento informático hasta llegar a los ficheros finales de la Encuesta.

La ENS 06 se caracteriza por una serie de innovaciones en su contenido. A finales de 2004, el Ministerio de Sanidad y Consumo, ante la necesidad de proceder a la elaboración de los cuestionarios, decidió realizar una revisión en profundidad de los utilizados en 2003.

#### **6.2.7.1.- Materias objeto de estudio**

Los principales objetivos de la ENSE son medir las características y la distribución de la morbilidad percibida por la población española y las características y distribución de ciertos comportamientos y hábitos relacionados con la salud. Del mismo modo la encuesta explora la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población. Por último, relaciona todas estas características entre sí y con variables personales, demográficas y territoriales.

A lo largo del tiempo los contenidos de la ENSE se han mantenido en su mayor parte estables, con alguna variación metodológica introducida en 2003. No obstante, las transformaciones que se vienen produciendo del marco de la protección de la salud, en la provisión de los servicios, en los patrones epidemiológicos, en las tecnologías, etc. aconsejaban acompañar la encuesta a la nueva realidad social y sanitaria, para lo que, manteniendo básicamente la serie histórica, se consideró necesario revisar y mejorar algunos aspectos del estudio. Por ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo decidió proceder a una revisión de la ENSE para su edición de 2006.

Objetivo prioritario de esta revisión fue potenciar la encuesta como instrumento para la detección y medición de desigualdades de salud, especialmente en relación con el género y la clase social. Por otra parte, en esta edición se incorporaron dimensiones anteriormente no exploradas relacionadas con la salud de las personas, como es el caso de la salud mental y el de los determinantes de salud relacionados con el medioambiente físico y social de las personas. Del mismo modo, se reformularon diversas preguntas para iniciar la adaptación del formato de la encuesta a los requerimientos del proyecto europeo de encuesta de salud.

La ENSE 06 introduce importantes modificaciones en el contenido tradicional de la encuesta. Estas modificaciones obedecen a la necesidad de incorporar nuevas dimensiones relacionadas con la salud y nuevos determinantes de salud no contemplados en ediciones anteriores así como potenciar la encuesta como instrumento para la medición de desigualdades en salud y adaptar su formato a los requerimientos del proyecto de la Encuesta Europea de Salud.

El cambio metodológico introducido en la ENSE 03 y la revisión del cuestionario utilizado en la ENSE 06 dificultan la comparación interanual de una parte de la información recogida, lo cual debe ser tenido en cuenta.

### **6.2.7.2.- Fases de la Encuesta**

La realización del estudio se ha realizado en dos fases, la primera se identificó con el Cuestionario de Hogar y la segunda con el Cuestionario de Adultos (personas de 16 y más años).

En la primera fase se intentó captar a todas las personas residentes en el hogar, solicitándoles a todos sus miembros información sobre algunas variables sociodemográficas fundamentales. Se seleccionó la persona adulta que debía contestar el



cuestionario de salud de adultos. Se solicitó para la persona adulta seleccionada información sobre variables sociodemográficas adicionales y a su pareja (si convive con ella) y a la persona de referencia del hogar (si no coincide con alguna de las anteriores) otros datos también de carácter sociodemográfico. Por último se preguntó por características de la vivienda y del hogar.

En la segunda fase se recogió información de una única persona de 16 y más años, seleccionada aleatoriamente dentro del hogar, a través del Cuestionario de Adultos.

#### ***6.2.7.3.- Diseño de los cuestionarios***

El Ministerio de Sanidad y Consumo decidió realizar una revisión en profundidad de los cuestionarios utilizados en 2003. Para abordar esta revisión se constituyó un grupo de expertos, que a lo largo de los años han trabajado en encuestas de salud y concretamente en la ENS, procedentes tanto de la Universidad como de diversos ámbitos sanitarios y territoriales, así como expertos del Instituto Nacional de Estadística.

Dada la trascendencia que tenía lograr un correcto enfoque de género, participó también el Observatorio de Salud de la Mujer e igualmente se incorporó al grupo la Red de Investigación en Género y Salud y el Instituto de la Mujer.

La revisión de los cuestionarios se realizó mediante trabajo en grupo entre los días 4 y 5 de abril de 2005. Posteriormente se enviaron a todos los expertos los nuevos cuestionarios resultantes, se recogieron discrepancias y sugerencias a través de correo electrónico y se elaboró un diseño de cuestionarios.

#### ***6.2.7.4.- Ámbito de estudio y población marco***

##### **Ámbito poblacional**

La investigación se dirigió al conjunto de personas que residían en viviendas familiares principales. Cuando una misma vivienda estaba constituida por dos o más hogares, el estudio se extendía a todos ellos, pero de manera independiente para cada hogar.

El marco utilizado para la selección de la muestra de unidades de primera etapa fue un marco de áreas formado por la relación de secciones censales utilizadas en el Padrón Municipal de Habitantes de 2006. Para las unidades de segunda etapa se utilizó la relación de viviendas familiares principales en cada una de las secciones seleccionadas

para la muestra. Las unidades de tercera etapa se seleccionaron a partir de la relación de personas encuestables en la vivienda en el momento de la realización de la entrevista.

### **Ámbito geográfico y temporal**

Todo el territorio español, incluyendo las provincias de Ceuta y Melilla. El período de recogida de la información se extendió a lo largo de un año, desde junio de 2006 hasta junio de 2007.

#### **6.2.7.5.- Diseño muestral**

##### **Procedimiento de muestreo**

Muestreo polietápico estratificado. Las unidades de primera etapa fueron las secciones censales. Las unidades de segunda etapa fueron las viviendas familiares principales. Dentro de cada vivienda se seleccionó a un adulto (16 o más años) para cumplimentar el Cuestionario de Adultos.

Las unidades de primera etapa se agruparon en estratos de acuerdo con el tamaño del municipio al que pertenecía la sección. Se consideraron los mismos estratos que la ENSE 03. Para cada Comunidad Autónoma se diseñó una muestra independiente que la representa, por ser uno de los objetivos de la encuesta facilitar datos con este nivel de desagregación.

##### **Tamaño de la muestra. Afijación**

Para cubrir los objetivos de la encuesta de poder facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a nivel nacional y de Comunidad Autónoma, se seleccionó una muestra de aproximadamente 31.300 viviendas distribuidas en 2.236 secciones censales.

En la determinación del tamaño muestral se partió del tamaño de la muestra de 2003, y se tuvo en cuenta el volumen de incidencias habido en aquella ocasión, así como el hecho de que en la encuesta de 2006 no se permitió la utilización de ‘proxy’ para la obtención de información de la persona seleccionada. Por otra parte se incrementó la muestra prevista inicialmente, en las comunidades de Aragón, Baleares, Cantabria, Galicia, Murcia y Navarra, con el fin de alcanzar objetivos propios de las mismas de dar estimaciones con un mayor nivel de desagregación geográfica, en comarcas (NUTS 4) o en áreas de salud.

La muestra se distribuyó entre Comunidades Autónomas asignando una parte uniformemente y otra proporcionalmente al tamaño de la Comunidad. El número de viviendas seleccionadas en cada sección censal fue de 14.

### **Selección de la muestra**

Las secciones se seleccionaron dentro de cada estrato con probabilidad proporcional a su tamaño. Las viviendas, en cada sección, con igual probabilidad mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio. Este procedimiento condujo a muestras autoponderadas en cada estrato.

Para la selección de la persona que debía cumplimentar el Cuestionario de Adultos se utilizó un procedimiento aleatorio que asignó igual probabilidad a todos los adultos.

### **Distribución en el tiempo**

La muestra se distribuyó uniformemente sobre el ámbito temporal de la encuesta. Dentro de cada trimestre se procuró asimismo que la distribución de la muestra por semana de referencia fuera lo más homogénea posible.

#### ***6.2.7.6.- Trabajo de campo***

La realización del trabajo de campo se llevó a cabo por las 52 Delegaciones provinciales del Instituto Nacional de Estadística.

Respecto al informante del cuestionario de adultos no se permitió información proxy salvo que la persona seleccionada no pudiese contestar por problemas de enfermedad, discapacidad o por estar internada en un centro sanitario y no fuera a regresar al hogar durante el tiempo que dure el trabajo de la sección.

**6.3.- Generación de la base de datos del conjunto de las Encuestas**

**6.3.1.- Lectura de datos en formato texto**

De los ficheros de microdatos (formato texto), facilitados por el Ministerio de Sanidad y Política Social, de las Encuestas Nacionales de Salud de España de 1987, 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006 fueron capturadas las variables que se relacionan en la tabla 5.

**Tabla 5: Variables capturadas en las distintas ENSE**

Variable	Año Encuesta						
	87	93	95	97	01	03	06
Edad	*	*	*	*	*	*	*
Sexo	*	*	*	*	*	*	*
Peso	*	*	*	*	*	*	*
Talla	*	*	*	*	*	*	*
Estado civil	*	*	*	*	*	*	*
Miembros hogar	*	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖
Tamaño hábitat	*	*	*	*	*	*	*
Ingresos mensuales	*	⊖	⊖	*	*	*	*
Nivel estudios	*	*	*	*	*	*	*
Seg. sanitario S. Social	*	*	*	*	*	⊖	*
Beneficencia	*	*	*	*	*	⊖	*
Mutualidad	*	*	*	*	*	⊖	*
Sociedad médica	*	*	*	*	*	⊖	*
Iguala	*	*	*	*	*	⊖	*
Otro	*	*	*	*	*	⊖	*
Sin seguro	*	*	*	*	*	⊖	*
Estado de salud	*	*	*	*	*	*	*
Horas sueño al día	*	*	*	*	*	*	*
Actividad física	*	*	*	*	*	*	*
Tabaco	*	*	*	*	*	*	*
Edad fuma	⊖	*	*	*	*	*	*
Nº cigarrillos día	*	*	*	*	*	*	*
Nº puros día	*	*	*	*	*	*	*
Nº pipas día	*	*	*	*	*	*	*
Consumo alcohol	*	*	*	*	*	⊖	⊖
Frec. cerveza, sidra	*	*	*	*	*	*	*
Frec. vino, cava	*	*	*	*	*	*	*
Frec. Aperitivos	*	*	*	*	*	*	*
Frec. Licores	*	*	*	*	*	*	*

Frec. whisky	*	*	*	*	*	*	*
Hipercolesterolemia	*	*	*	*	*	*	*
Reuma, artrosis	*	○	○	○	○	*	*
Patología bucal	*	○	○	○	○	○	○
Hemorroides	*	○	○	○	○	○	*
Varices	*	○	○	○	○	*	*
Gota	*	○	○	○	○	○	○
Patología en pies	*	○	○	○	○	○	○
HTA	*	*	*	*	*	*	*
Tumor	*	○	○	○	○	○	*
Litiasis	*	○	○	○	○	○	○
Defecto físico	*	○	○	○	○	○	○
Trastorno mental	*	○	○	○	*	*	*
Alergia	*	*	*	*	*	*	*
Diabetes	*	*	*	*	*	*	*
Anemia	*	○	○	○	○	○	*
Patología hepática	*	○	○	○	○	○	○
Patología cardíaca	*	*	*	*	*	*	*
Menopausia	*	○	○	○	○	*	*
Migraña	*	○	○	○	○	*	*
Cistitis	*	○	○	○	○	○	○
Hernia	*	○	○	○	○	*	○
Patología en estómago	*	*	*	*	*	*	*
Patología en piel	*	○	○	○	○	○	*
Estreñimiento	*	○	○	○	○	○	*
Asma	*	*	*	*	*	*	*
Osteoporosis	○	○	○	○	○	*	*
Cervicalgia	○	○	○	○	○	○	*
Lumbalgia	○	○	○	○	○	○	*
Patología en próstata	○	○	○	○	○	*	*
Patología en tiroides	○	○	○	○	○	○	*
Embolia	○	○	○	○	○	○	*
Incontinencia urinaria	○	○	○	○	○	○	*
Otras enf. crónicas	*	○	○	○	○	○	*
Reducción actividad	*	*	*	*	*	*	*
Cuántos días	*	*	*	*	*	*	*
CM para la gripe	*	*	*	*	*	*	*
CM para el dolor	*	*	*	*	*	*	*
CM para el reuma	*	*	*	*	*	*	*
CM para el corazón	*	*	*	*	*	*	*
CM para el colesterol	○	*	*	*	*	*	*
CM para la diabetes	○	*	*	*	*	*	*
CM para la HTA	*	*	*	*	*	*	*
CM para la alergia	*	*	*	*	*	*	*
CM para las alt. digest.	*	*	*	*	*	*	*

CM laxante	*	*	*	*	*	*	*
CM para la diarrea	⊖	⊖	*	*	*	*	*
CM antibiótico	*	*	*	*	*	*	*
CM para dormir	*	*	*	*	*	*	*
CM antidepresivos	*	*	*	*	*	*	*
CM para adelgazar	*	*	*	*	*	*	*
CM vitamínicos	*	*	*	*	*	*	*
CM anticonceptivos	*	*	*	*	*	*	*
CM hormonas	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	*	*
CM homeopáticos	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	*
Otros medicamentos	*	*	*	*	*	*	*
CMR para gripe	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR para el dolor	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR para reuma	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR para el corazón	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR para el colesterol	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR para la diabetes	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR para la HTA	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR para la alergia	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR para alt. digest.	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR laxantes	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR para diarrea	⊖	⊖	⊖	*	*	*	*
CMR antibiótico	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR para dormir	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR antidepresivos	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR para adelgazar	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR vitamínicos	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR anticonceptivos	⊖	*	*	*	*	*	*
CMR hormonas	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	*	*
CMR homeopáticos	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	*
Otros med. recetados	⊖	*	*	*	*	*	*

\*Variable presente en la encuesta

⊖ Variable ausente en la encuesta

CM: Consumo de medicamentos

CMR: Consumo de medicamentos recetados

6.3.2.- Recodificación de variables

Las variables recodificadas fueron la edad, el estado civil, ingresos mensuales, nivel de estudios, tabaco y seguro privado.

6.3.3.- Generación de la base de datos conjunta

Una vez seleccionadas las variables para estudio, recodificadas las relacionadas en el apartado anterior y generadas nuevas variables con el paquete estadístico SPSS<sup>150</sup>

combinando distintas preguntas de los cuestionarios, se anexaron los archivos y se creó una nueva variable ENS que recoge el año de la Encuesta de Salud.

### **6.3.4.- Definición de variables**

#### **6.3.4.1.- Variables sociodemográficas**

##### **Sexo y edad**

La variable que mide la edad está recogida en todos los cuestionarios como una variable continua y se refiere a la última edad cumplida.

Introducir en un modelo una variable continua del tipo de la variable edad implica asumir la linealidad del aumento o disminución del efecto para cada incremento de la variable independiente. En nuestro caso, si introducimos en el modelo la variable edad como continua estamos asumiendo que el incremento del efecto es igual de 16 a 17 años que, por ejemplo, de 75 a 76 años. En cambio, si categorizamos la variable y la introducimos como variable de diseño, podemos detectar una variación del efecto no lineal. Por este motivo recodificamos esta variable creando una nueva variable discreta y consideramos las siguientes categorías: de 16 a 18 años, de 19 a 29 años, de 30 a 49 años, de 50 a 64 años y mayores de 65 años. Es, por lo tanto, una variable politómica. En el modelo la introduciremos como una variable de diseño *dummy*.

##### **Estado civil**

En el cuestionario de 1987 la variable que recoge el estado civil de los sujetos entrevistados agrupa a estos en cuatro categorías (*soltero, casado, divorciado o separado y viudo*), a diferencia del resto de cuestionarios, que los agrupa en cinco categorías (*soltero, casado, separado, divorciado y viudo*).

En nuestro estudio hemos recodificado esta variable en las cuatro categorías establecidas en el cuestionario de 1987 agrupando las categorías del estado civil separado y divorciado en una sola categoría *separado-divorciado*.

##### **Nivel de estudios**

Se refiere al más alto nivel de estudios terminados de los entrevistados de 16 años o más. Las categorías establecidas para esta variable difieren de unas ENS a otras. Así,

en el cuestionario de 1987 se establecieron 8 categorías, en las encuestas de 1993, 1995 y 1997 fueron 5 categorías, que subieron a 14 en el 2001, y en 2003 y 2006 a 10 y 14 categorías respectivamente.

Para nuestro estudio hemos recodificado esta variable en cuatro categorías: *sin estudios*, *estudios primarios o secundarios de primer ciclo*, *estudios secundarios de segundo ciclo o postsecundarios* y *universitarios*.

### **Seguro médico**

Esta variable recoge si el sujeto entrevistado es titular o beneficiario de un seguro privado. Se ha obtenido de la recodificación de las distintas variables que identifican el tipo de cobertura sanitaria que tiene el individuo entrevistado.

Incluye a las personas titulares y/o beneficiarias de mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado, a las que disponen de un seguro médico privado concertado individualmente y a las personas que tienen derecho a recibir asistencia sanitaria a través de compañías privadas contratadas o concertadas por la empresa en la cual trabajan.

### **Ingresos mensuales**

En los cuestionarios de 1987, 1997 y 2001 la clasificación del nivel de ingresos mensuales familiares totales (resultado de las aportaciones de todos los miembros del hogar) se realizó en base a la moneda vigente en España en ese momento, la peseta. En el cuestionario de 1987 los ingresos fueron agrupados en doce categorías, a diferencia de los de 1997 y 2001 en donde las agrupaciones toman seis valores. En relación con los cuestionarios de 2003 y 2006 los ingresos fueron valorados según la nueva moneda, el euro, y en ellos se recogieron ocho categorías.

Para nuestro estudio primero hemos realizado las equivalencias de pesetas a euros y posteriormente hemos recodificado la variable ingresos mensuales en cinco categorías: *menos de 600 euros/mes*, *entre 601-900 euros/mes*, *entre 901-1.200 euros/mes*, *entre 1.201-1.800 euros/mes* y *más de 1.800 euros/mes*.



**Tamaño del hábitat**

Los individuos entrevistados han sido clasificados según en número de habitantes del municipio donde residen.

Se han considerado siete agrupaciones de municipios: *menos de 2.000 hab.*, *2.001 - 10.000 hab.*, *10.001-50.000 hab.*, *50.001-100.000 hab.*, *100.001-400.000 hab.*, *400.001-1.000.000 hab.* y *municipios de más de 1.000.000 de habitantes.*

**6.3.4.2.- Variables de salud****Estado de salud**

Esta variable mide la percepción que tiene la persona entrevistada sobre su estado de salud general en los últimos doce meses. Para la autovaloración del estado de salud se han distinguido cinco niveles: *muy bueno*, *bueno*, *regular*, *malo* y *muy malo*.

**Enfermedad crónica**

Variable que recoge si el sujeto entrevistado padece o no padece alguna enfermedad crónica diagnosticada. Creamos, por tanto, una variable dicotómica. Se obtendrá valor 0 cuando el paciente no padece ninguna de las enfermedades crónicas relacionadas en la variable número de enfermedades crónicas y valor 1 cuando reconozca padecer al menos una de las relacionadas en dicha variable.

**Número de enfermedades crónicas**

La variable número de enfermedades crónicas diagnosticadas recoge la suma de las enfermedades crónicas diagnosticadas presentes en todos los cuestionarios. Por lo tanto, para la creación de esta variable se han tenido en cuenta las siete variables de se relacionan a continuación: asma o bronquitis crónica, enfermedad del corazón, colesterol elevado, diabetes, hipertensión arterial y alergia.

**Reducción de actividad**

Variable que recoge si el sujeto entrevistado ha tenido que reducir o limitar su actividad principal (trabajo, estudios, labores del hogar) por problemas de salud en las últimas dos semanas.

### **Días que ha tenido que reducir su actividad**

Recoge el número de días que el sujeto entrevistado ha tenido que reducir o limitar su actividad principal (trabajo, estudios, labores del hogar) por problemas de salud en las dos últimas semanas.

### **Consumo de tabaco**

Recoge si el sujeto entrevistado ha consumido o consume tabaco en el momento de la entrevista.

Para nuestro estudio hemos recodificado esta variable en tres categorías: *Fumador* (persona que en el momento de la entrevista consume cigarrillos, puros y/o pipas), *exfumador* (persona que no fuma en el momento de la entrevista pero que antes lo hacía de forma habitual) y *no fumador* (persona que nunca ha fumado).

### **Tabaco al día**

Número de cigarrillos que fuma al día.

### **Edad a la que comenzó a fumar**

Edad de inicio del sujeto en el consumo del tabaco.

### **Consumo de alcohol**

Esta variable recoge si el sujeto entrevistado ha consumido algún tipo de bebida alcohólica, independientemente de su graduación, en las dos últimas semanas.

### **Unidades de bebida estándar (UBES)**

La variable UBES recoge el número de unidades de bebida estándar que el sujeto consume como media de bebida alcohólica al día. En España una unidad de bebida es igual a 10 gramos de etanol puro. Gramos de alcohol = volumen (expresado en c.c.) x graduación x 0,8/100.

Para la creación de esta variable se han tenido en cuenta las siguientes consideraciones:

- Cuando el sujeto no contesta sobre el consumo de ninguna de las bebidas alcohólicas por las que se le pregunta la variable toma valor *missing*.
- Cuando alguno de los valores es *missing* este valor es considerado 0.
- Cuando los sujetos contestan que sí consumen bebidas alcohólicas pero no contestan cuánto consumen (número de vasos al día) se ha considerado que el valor que recoge la variable UBES es el consumo mínimo manifestado.

### Actividad física

Se refiere al tipo de ejercicio físico que implica el trabajo o la actividad habitual del sujeto entrevistado. Se recogen cuatro categorías: *sentado la mayor parte de la jornada, de pie prácticamente toda la jornada pero sin realizar grandes desplazamientos o esfuerzos, caminando llevando algún peso y con desplazamientos frecuente y trabajo pesado con tareas que requieren un gran esfuerzo físico*.

### Actividad física en tiempo libre

Se refiere al tipo de ejercicio físico que realiza el sujeto entrevistado en su tiempo libre. Se recogen cuatro categorías: *completamente inactivo, alguna actividad física o deportiva ocasional, actividad física ocasional varias veces/mes y entrenamiento físico varias veces/semana*.

### Horas de sueño diarias

Número total de horas que duerme al día habitualmente, independientemente de si se hace en un período o en varios a lo largo del día, por lo que se incluyen las horas de siesta en caso de que se duerma.

### Índice de Masa Corporal (IMC)<sup>149</sup>

Se define como la relación entre el peso del individuo (expresado en kilogramos) y el cuadrado de la talla (expresada en metros).  $IMC = kg/m^2$ .

A partir de este índice, se define: *Peso insuficiente* ( $IMC < 18,5 kg/m^2$ ), *normopeso* ( $18,5 kg/m^2 > IMC < 25 kg/m^2$ ), *sobrepeso* ( $25 kg/m^2 > IMC < 30 kg/m^2$ ) y *obesidad* ( $IMC > 30 kg/m^2$ ).

6.3.4.3.- Variables dependientes

Número de medicamentos consumidos

Variable que recoge el número de medicamentos consumidos por el sujeto entrevistado en las dos últimas semanas. Permite calcular la media de medicamentos consumidos por la población en las últimas dos semanas. Se construye a partir de los fármacos consumidos recogidos en cada ENSE, tal y como se representa en la siguiente tabla:

Tabla 6: Variables de consumo de medicamentos capturadas en las distintas ENSE

Medicamento	Año Encuesta						
	87	93	95	97	01	03	06
CM para gripe	*	*	*	*	*	*	*
CM para dolor	*	*	*	*	*	*	*
CM para reuma	*	*	*	*	*	*	*
CM para patologías de corazón	*	*	*	*	*	*	*
CM para el colesterol	⊖	*	*	*	*	*	*
CM para la diabetes	⊖	*	*	*	*	*	*
CM para la HTA	*	*	*	*	*	*	*
CM para la alergia	*	*	*	*	*	*	*
CM para alteraciones digestivas	*	*	*	*	*	*	*
CM laxantes	*	*	*	*	*	*	*
CM para la diarrea	⊖	⊖	*	*	*	*	*
CM antibiótico	*	*	*	*	*	*	*
CM para dormir	*	*	*	*	*	*	*
CM antidepresivos	*	*	*	*	*	*	*
CM para adelgazar	*	*	*	*	*	*	*
CM vitamínicos	*	*	*	*	*	*	*
CM anticonceptivos	*	*	*	*	*	*	*
CM hormonas	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	*	*
CM homeopáticos	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	⊖	*
Consumo de otros medicamentos	*	*	*	*	*	*	*

\*Variable presente en la encuesta      CM: Consumo de medicamentos  
⊖ Variable ausente en la encuesta

Número de medicamentos consumidos no prescritos

Variable que recoge el número de medicamentos consumidos por el sujeto entrevistado en las dos últimas semanas y no recetados por ningún médico. Permite

calcular la media de medicamentos sin prescripción consumidos por la población en las últimas dos semanas.

#### **Consumo de un medicamento**

Consumo por parte del sujeto entrevistado de al menos un medicamento en las dos últimas semanas. Esta variable permite calcular la proporción de sujetos que han consumido al menos un medicamento en las últimas dos semanas.

#### **Consumo de dos medicamentos**

Consumo por parte del sujeto entrevistado de al menos dos medicamentos en las dos últimas semanas. Esta variable permite calcular la proporción de sujetos que han consumido al menos dos medicamentos en las últimas dos semanas.

#### **Consumo de tres medicamentos**

Consumo por parte del sujeto entrevistado de al menos tres medicamentos en las dos últimas semanas. Esta variable permite calcular la proporción de sujetos que han consumido al menos tres medicamentos en las últimas dos semanas.

#### **Consumo de un medicamento no prescrito**

Consumo por parte del sujeto entrevistado de al menos un medicamento no recetado por un médico en las dos últimas semanas. Esta variable permite calcular la proporción de sujetos que han consumido al menos un medicamento no prescrito en las últimas dos semanas.

#### **Consumo de dos medicamentos no prescritos**

Consumo por parte del sujeto entrevistado de al menos dos medicamentos no recetados por un médico en las dos últimas semanas. Esta variable permite calcular la proporción de sujetos que han consumido al menos dos medicamentos no prescritos en las últimas dos semanas.

#### **Automedicación aceptable**

Variable dicotómica. Recoge si se han consumido medicamentos sin receta médica para la gripe, el dolor, la fiebre, laxantes, vitaminas, minerales o tónicos en las dos

últimas semanas. Permite calcular la proporción de sujetos que se han automedicado de manera aceptable en las últimas dos semanas.

### **Automedicación inaceptable**

Variable dicotómica. Recoge si se han consumido medicamentos sin receta médica para el reuma, para problemas del corazón, antibióticos, antidepresivos, tranquilizantes, hipolipemiantes e hipoglicemiantes, antihipertensivos, anticonceptivos, hormonas sustitutivas, medicamentos para adelgazar o para la alergia en las dos últimas semanas. Permite calcular la proporción de sujetos que se han automedicado de manera inaceptable en las últimas dos semanas.

### **6.3.5.- Análisis de datos**

#### **Análisis univariante**

Se elaboraron tablas de frecuencias para cada variable mediante el procedimiento FRECUENCIAS del programa estadístico SPSS<sup>150</sup>.

Cuando se calculó la media de edad de los sujetos estudio -global y por sexo-, se tuvo en cuenta que se partía del dato de la edad en años cumplidos (es decir, la edad del último cumpleaños, que no es una variable continua sino discreta) por lo que para obtener una media exacta de la edad es necesario sumarle 0.5 años a la cifra obtenida del paquete estadístico<sup>151</sup>.

#### **Análisis bivariante**

Los resultados del análisis bivariante se expresaron mediante odds ratios o razón de odds (OR). Los ORs puntuales y sus intervalos de confianza (en el análisis bivariante) se calcularon mediante regresión logística bivariante con el programa BMDP<sup>152</sup>. Los intervalos de confianza expresan los valores entre los que, con una confianza del 95%, se encuentra el OR en la población origen. Cuando el intervalo incluye la unidad quiere decir que existe una probabilidad menor o igual al 95% de que en la población origen no exista efecto (OR=1) o que el sentido del efecto sea inverso al observado en la muestra. Por lo tanto puede afirmarse que no existe relación significativa.

### **Análisis multivariante**

El análisis bivalente resultó insuficiente para abordar la complejidad de ciertas interrelaciones entre las variables independientes de este estudio, por eso fue preciso recurrir a modelos multivariados en los que varias de las variables de exposición se relacionan con la variable dependiente, controlando el efecto de las posibles variables de confusión e identificando las posibles interacciones.

### **Regresión logística<sup>153,154</sup>**

Es una técnica estadística que permite relacionar una variable dependiente cualitativa en función de varias variables independientes valoradas cuantitativamente o cualitativamente. Se realiza una transformación en la variable dependiente ( $\ln[\pi/(1-\pi)]$ ) para que se linealice, y así poder aplicar la técnica de análisis de regresión. Pero, a diferencia de la regresión múltiple, en la regresión logística para el cálculo de los coeficientes no se utiliza la técnica de mínimos cuadrados, sino que se aplica el método de máxima verosimilitud, que consiste en obtener la estimación de los coeficientes a través de un proceso interactivo. Esta estimación de los coeficientes minimiza la suma ponderada de los cuadrados de los errores.

Una de las ventajas de la regresión logística estriba en que, si bien el coeficiente  $\beta$  y sus valores de error estándar que se obtienen directamente no son de fácil interpretación epidemiológica, no ocurre lo mismo con las ORs y sus intervalos de confianza. El programa empleado para el cálculo de la regresión logística fue el BMDP<sup>152</sup>. Las características operativas a la hora de poner en práctica esta técnica son:

1.- Realizar un análisis estratificado previo para entrar en contacto con los datos y conocer la distribución de los efectivos de los distintos estratos.

2.- La variable dependiente tiene que ser dicotómica, tomando la categoría de referencia el valor 0 (no se automedicó).

3.- Introducir como variables independientes todas las variables de exposición y de confusión, así como las posibles interacciones.

3.1.- En el modelo entran como variables independientes todas las variables científicamente relevantes que tienen una buena justificación teórica con base en la revisión bibliográfica previa.

3.2.- De todas las variables científicamente relevantes se seleccionan aquellas que en el análisis bivariante resultaron relevantes y aquellas que al ser eliminadas del modelo producían elevadas variaciones en los coeficientes del resto de las variables independientes.

3.3.- Una vez identificadas las variables independientes más relevantes se valoraron las posibles interacciones entre ellas. El criterio para valorar la relevancia de interacción fue, por un lado, la consistencia teórica de la interacción y, por otro, aquellas interacciones que producían una mejora en la significación global del proceso (*chunk test*) basándose en el incremento de la razón de verosimilitud al incluir en el modelo dicha interacción.

4.- Cuando una variable independiente presenta más de dos categorías no es apropiado introducirlas en el modelo como una sola variable. Es necesario la transformación tomando una de las categorías como de referencia y crear nuevas variables ( $k-1$  *dummy* variables) relacionando cada valor de la variable con la categoría criterio.

5.- Cuando una variable es continua, como por ejemplo la edad, se crea una nueva variable mediante su categorización tomando por límites de los intervalos los percentiles 25, 50 y 75. Si se observa una relación dosis-respuesta lineal entre los términos de esta variable y la variable dependiente (por ejemplo si la OR para los tres términos de la variable edad aumenta progresivamente, siempre teniendo en cuenta que la OR para la variable de referencia es 1.00) se puede proceder a su introducción en el modelo como variable continua.

6.- Para verificar la bondad de ajuste del modelo de los datos se realiza la prueba de Hosmer-Lemeshow (H-L)<sup>155</sup> basada en la distribución de frecuencias de los observados y de los esperados para cada decil de riesgo en cada valor de la variable dependiente. El valor de la bondad de ajuste de la prueba Hosmer-Lemeshow se calcula a partir de esta distribución de frecuencias y se expresa en un valor de probabilidad que se determina mediante una distribución equivalente a la de  $\chi^2$ . Un valor de  $p=0.05$  indicaría que el modelo se ajusta a la hipótesis nula y cuanto más se aleje de este valor y más se acerque a la unidad, menos probabilidad tendremos de errar al rechazar la hipótesis nula. Como dato orientativo, los autores del test califican el ajuste del modelo a los datos como “bastante bueno” con un valor  $p=0.73$ .



## **RESULTADOS**

---



## 7.- RESULTADOS

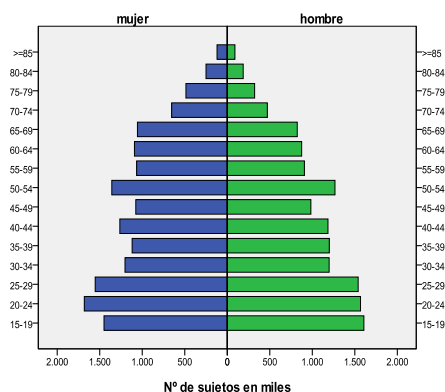
### 7.1.- Descripción de las muestras

#### 7.1.1.- Encuesta Nacional de Salud 1987

##### 7.1.1.1.- Características sociodemográficas

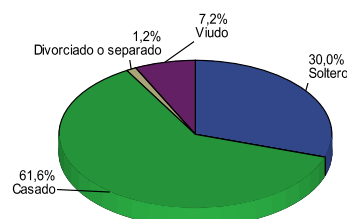
#### Edad y sexo

La media de edad de los sujetos entrevistados es de 42,6 años (IC95%: 42,40-42,82). Los hombres representan el 47,9% de la muestra, con una edad media de 41,56 años (IC95%: 41,27-41,86). Las mujeres representan el 52,1%, y su edad media es de 43,57 (IC95%: 43,28-43,86).



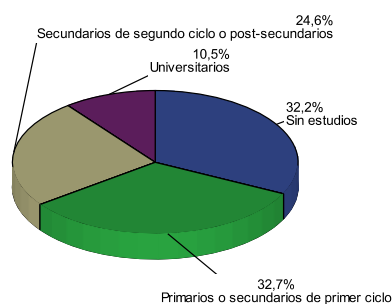
#### Estado civil

Con respecto al estado civil, los sujetos casados representan más del doble de los que no han contraído matrimonio (61,6 y 30,0%), los divorciados o separados son el 7,2% y los viudos el 1,2%.



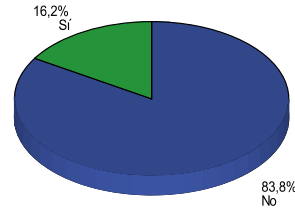
#### Nivel de estudios

El porcentaje de sujetos sin estudios y que cursaron estudios primarios es prácticamente el mismo (32,2 y 32,7% respectivamente). Los sujetos que cursaron estudios secundarios de 2º ciclo o post-secundarios representan el 24,6% de la muestra y el 10,5% afirman haber finalizado estudios superiores.



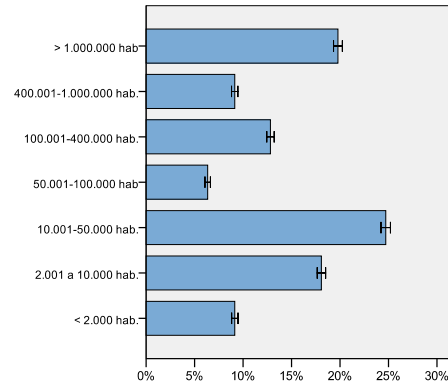
### Seguro médico

El 16,2% de los sujetos entrevistados declaró ser titular o beneficiario de un seguro médico privado.



### Tamaño del hábitat

La distribución de los sujetos en las siete categorías consideradas es la siguiente: 9,1% en poblaciones de menos de 2.000 hab., 18,1% en núcleos entre 2.001-10.000 hab., 24,7% entre 10.001-50.000 hab., 6,3% entre 50.001 a 100.000 hab., 12,8% entre 100.001- 400.000 hab., 9,1% entre 400.001-1.000.000 hab. y el 19,8% en municipios de más de 1.000.000 hab.

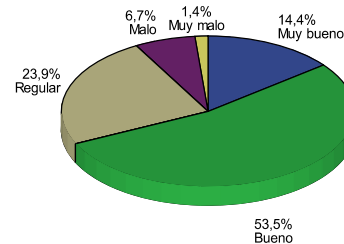


### 7.1.1.2.- Análisis univariante

#### Variables independientes

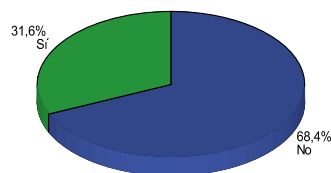
#### Estado de salud

A los sujetos de estudio se les preguntó sobre como percibían su estado de salud en el último año. Los resultados obtenidos según las cinco categorías establecidas fueron los siguientes: el 14,4% percibía su estado de salud como muy bueno, el 53,5% bueno, el 23,9% regular, el 6,7% malo y el 1,4% muy malo.



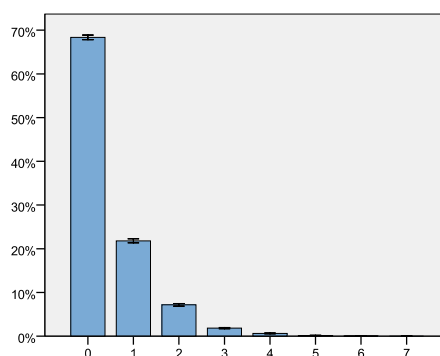
### Enfermedad crónica

El porcentaje de sujetos que declaró padecer alguna enfermedad crónica en los últimos doce meses alcanza el 31,6%, frente a los que afirmaron no haber padecido ninguna, 68,4%.



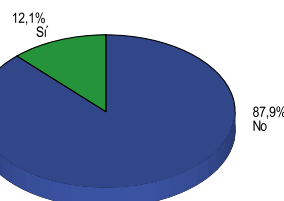
### Número de enfermedades crónicas

La media de enfermedades crónicas de los sujetos en los últimos doce meses es de 0,45 (IC95%: 0,44-0,46). Los sujetos que reconocieron padecer una enfermedad crónica representan el 21,8% de la muestra, los que padecieron dos y tres representan el 7,2% y 1,8% respectivamente y el porcentaje que reconoció padecer entre cuatro y siete enfermedades crónicas no alcanzó el 1%.



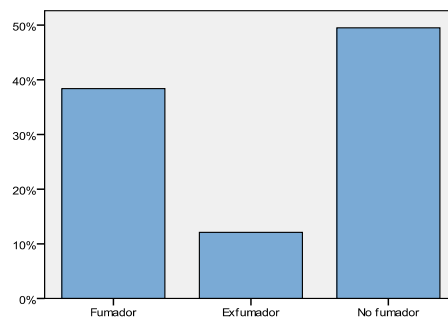
### Reducción de actividad

La proporción de sujetos que declaró haber reducido su actividad principal por problemas de salud en las dos últimas semanas alcanzó el 12,1%.



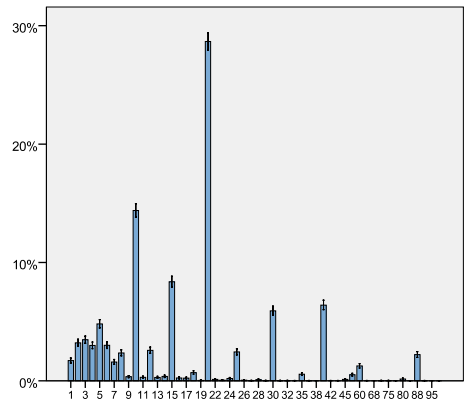
### Consumo de tabaco

Esta variable recoge si el sujeto entrevistado ha consumido o consume tabaco en el momento de la entrevista. La distribución de los sujetos en las tres categorías consideradas fue la siguiente: el 38,4% reconoce ser fumador, el 12,1% exfumador y el 49,5% afirma no fumar.



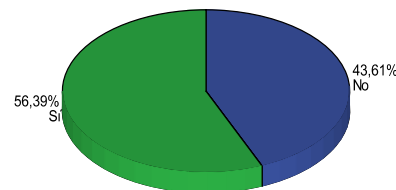
**Tabaco al día**

La media de consumo de cigarrillos/día de los sujetos fumadores es de 18,64 (IC95%: 18,39-18,90). Los sujetos que declararon fumar 20 cigarrillos/día representan el 28,7% de la muestra, el 23,5% afirma fumar menos de 10 cigarrillos/día, el 14,4% fuman 10 cigarrillos/día y los que fuman 30 y 40 cigarrillos/día representan el 5,9% y 6,4%, respectivamente.



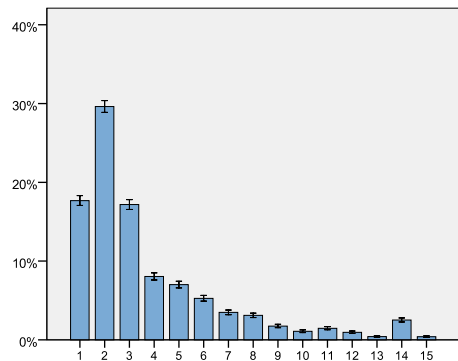
**Consumo de alcohol**

Cuando se les ha preguntado si han consumido bebidas alcohólicas en las últimas dos semanas, el 56,4% de los sujetos entrevistados respondió afirmativamente frente al 43,6%.



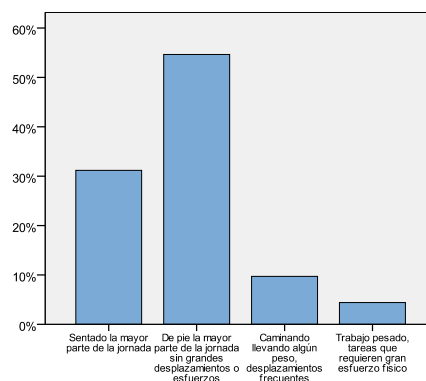
**Unidades de bebida estándar**

La media de consumo de UBES en los sujetos que reconocieron consumir bebidas alcohólicas es de 2,68 (IC95%: 2,63-2,72). El porcentaje de sujetos que ingieren 1 y 3 ubes/día es prácticamente el mismo, 17,7 y 17,2%. Este porcentaje casi se duplica en la población que consume 2 ubes/día (29,6%). Los sujetos que reconocen consumir más de 10 ubes/día alcanzan el 5%.



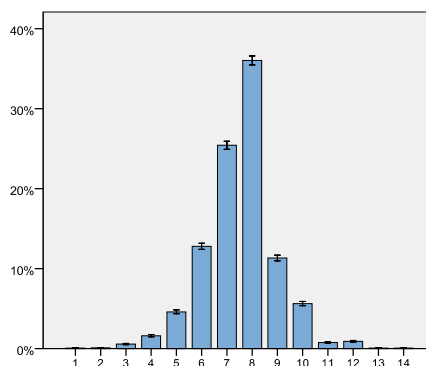
### Actividad física

En relación con el ejercicio físico que realiza en su actividad principal, el 32,1% de los encuestados respondió que permanecía sentado la mayor parte de la jornada, el 54,2% que estaba de pie prácticamente toda la jornada pero sin realizar grandes esfuerzos, el 9,8% que caminaba la mayor parte del tiempo llevando algún peso y el 4,3% que desempeñaba un trabajo que requería un gran esfuerzo físico.



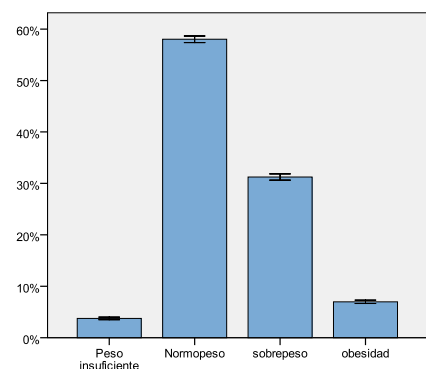
### Horas de sueño diarias

La media de horas que duermen al día los sujetos entrevistados es de 7,54 (IC95%: 7,52-7,56). Los sujetos que reconocen dormir diariamente 8 y 7 h. constituyen el 36,0% y el 25,4% de la muestra. Prácticamente el mismo porcentaje de sujetos declara dormir 6 y 9 h. (12,8 y 11,3%) y el 1,6% de la muestra afirma dormir menos de 5 h/día.



### IMC

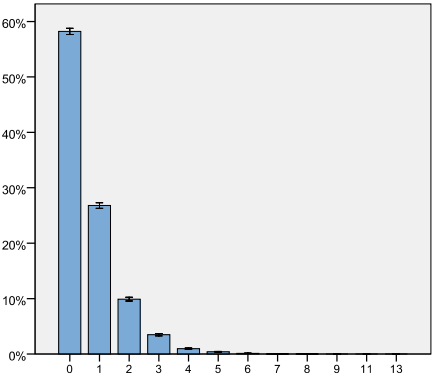
En relación con el índice de masa corporal y en base a las categorías consideradas se observa que el 7,0% de los sujetos entrevistados presenta obesidad y el 31,7% sobrepeso. Con respecto al peso insuficiente se observa que este se da en el 3,8% de la muestra.



**Variables dependientes**

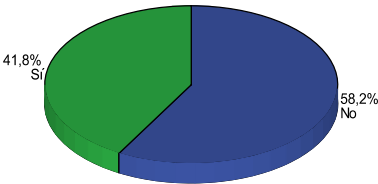
**Número de medicamentos consumidos**

La media de consumo de medicamentos en los 15 días previos a la entrevista es de 0,65 (IC95%: 0,63-0,66). Una cuarta parte de los sujetos reconocen estar a tratamiento con un medicamento (26,8%), el 9,9% de la muestra afirma estar a tratamiento con dos medicamentos y los que reconocen tomar más de 3 no llegan al 1% de la población.



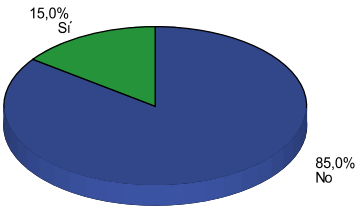
**Consumo de un medicamento**

El porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido un medicamento en los últimos 15 días es del 41,8% (IC95%: 41,22-42,35).



**Consumo de dos medicamentos**

El porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido dos medicamentos en los últimos 15 días es del 15,0% (IC95%: 14,56-15,39).



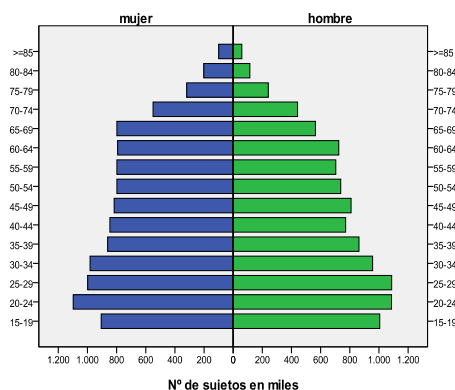


## 7.1.2.- Encuesta Nacional de Salud 1993

### 7.1.2.1.- Características sociodemográficas

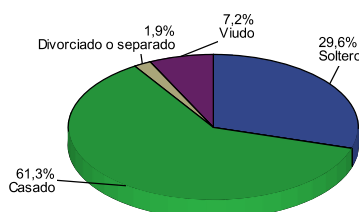
#### Edad y sexo

La media de edad de los sujetos entrevistados es de 43,4 años (IC95%: 43,11-43,61). Los hombres representan el 48,3% de la muestra, con una edad media de 42,23 años (IC95%: 41,88-42,58). Las mujeres son el 51,7%, con una edad media de 44,43 (IC95%: 44,08-44,78).



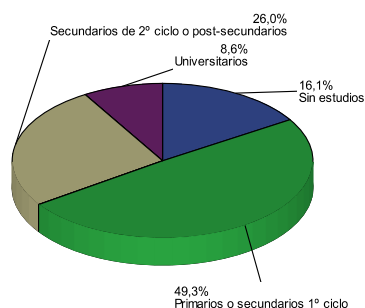
#### Estado civil

Con respecto al estado civil, los sujetos casados representan más del doble de los que no han contraído matrimonio (61,3 y 29,6% respectivamente), los divorciados o separados el 1,9% y los viudos el 7,2%.



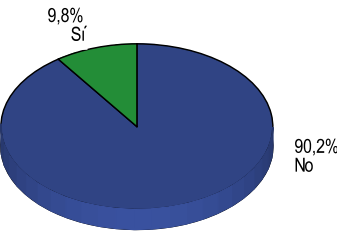
#### Nivel de estudios

Prácticamente la mitad de los sujetos del estudio de 1993 cursaron estudios primarios. El porcentaje de individuos sin estudios alcanza el 16,1%. Los que cursaron estudios secundarios de segundo ciclo o post-secundarios y estudios universitarios representan el 26,0% y el 8,6% respectivamente.



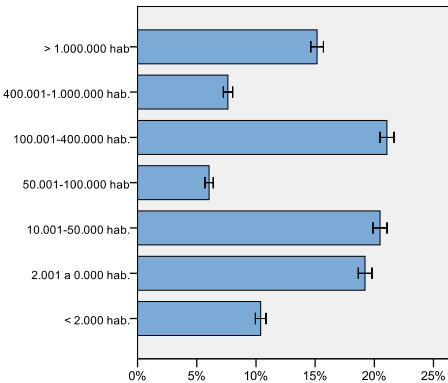
**Seguro médico**

El 9,8% de los sujetos entrevistados declaró ser titular o beneficiario de un seguro médico privado.



**Tamaño del hábitat**

La distribución de los sujetos es la siguiente: 10,4% en poblaciones de menos de 2.000 habitantes, 19,2% en núcleos entre 2.001 y 10.000 hab., 20,5% en poblaciones entre 10.001 y 50.000 hab., 6,0% entre 50.001 y 100.000 hab., 21,2% entre 100.001 y 400.000 hab., 7,6% entre 400.001-1.000.000 hab. y el 15,2% en municipios de más de 1.000.000 hab.

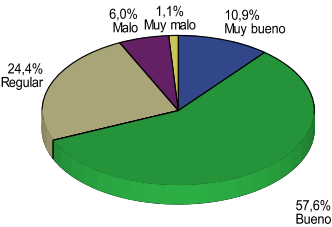


**7.1.2.2.- Análisis univariante**

**Variables independientes**

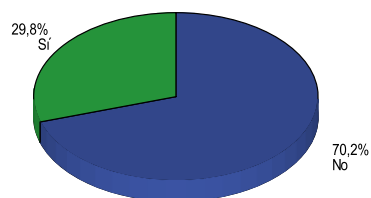
**Estado de salud**

A los sujetos encuestados se les preguntó sobre como consideraban su estado de salud en los últimos doce meses. Los resultados obtenidos, según las cinco categorías establecidas, fueron los siguientes: el 10,9% percibía su estado de salud muy bueno, el 57,6% bueno, el 24,4% regular, el 6,0% malo y el 1,1% muy malo.



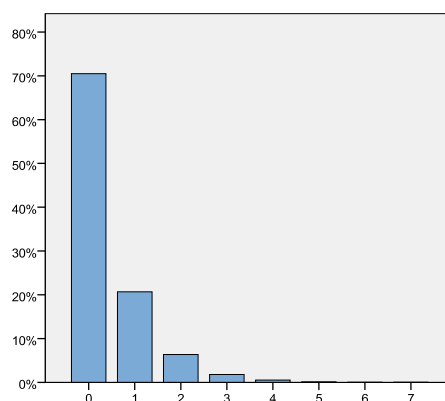
### Enfermedad crónica

El porcentaje de sujetos que declaró padecer alguna enfermedad crónica en los últimos doce meses alcanza el 29,8%, frente a los que afirmaron no haber padecido ninguna, 70,2%.



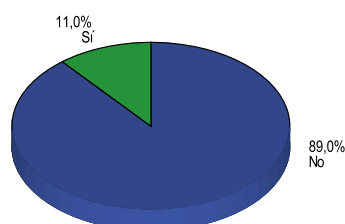
### Número de enfermedades crónicas

La media de enfermedades crónicas de los sujetos entrevistados en los últimos doce meses es de 0,42 (IC95%: 0,41-0,43). Los sujetos que reconocieron padecer una enfermedad crónica representan el 20,9% de la muestra, los que padecieron dos y tres representan el 6,4% y 1,9% respectivamente y el porcentaje de sujetos que reconoció padecer entre cuatro y siete enfermedades crónicas no alcanzó el 1%.



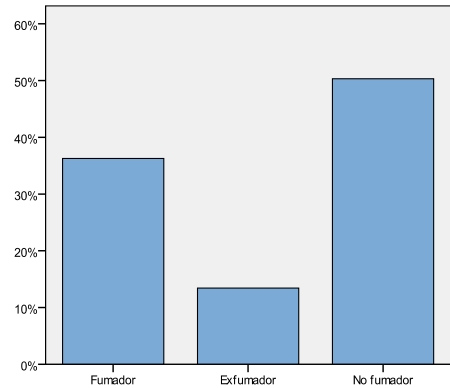
### Reducción de actividad

La proporción de sujetos que declaró haber reducido su actividad principal por problemas de salud en las dos últimas semanas alcanzó el 11,0%.



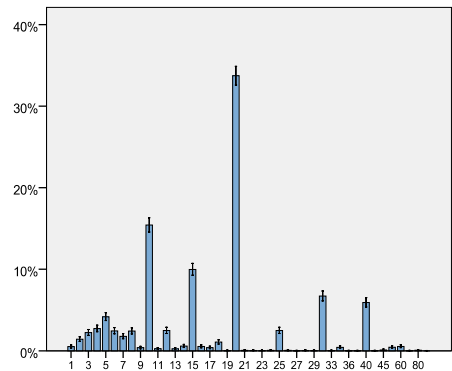
**Consumo de tabaco**

Esta variable recoge si el sujeto entrevistado ha consumido o consume tabaco en el momento de la entrevista. La distribución de los sujetos en las tres categorías consideradas fue la siguiente: el 36,3% reconoce ser fumador, el 13,4% exfumador y el 50,3% afirma no ser fumador.



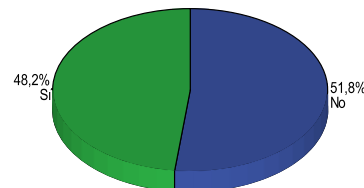
**Tabaco al día**

La media de consumo de cigarrillos/día de los sujetos fumadores en el momento de la entrevista es de 17,42 (IC95%: 17,18-17,63). Los sujetos que fuman al día 20 cigarrillos representan el 33,7% de la muestra, el 18,1% afirma fumar menos de 10 cigarrillos/día y el 15,4% fumar 10 cigarrillos/día.



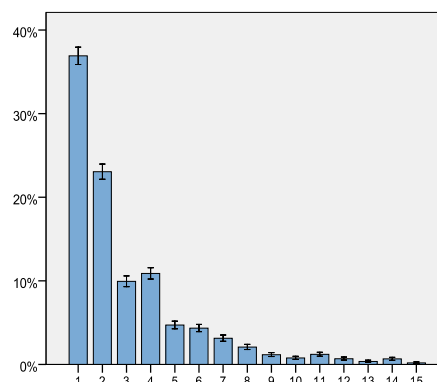
**Consumo de alcohol**

Cuando se les ha preguntado si han consumido bebidas alcohólicas en las últimas dos semanas, el 48,2% de los sujetos entrevistados respondieron afirmativamente, frente al 51,8%.



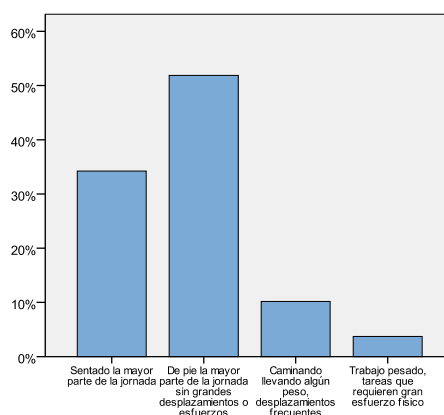
### Unidades de bebida estándar

La media de consumo de unidades de bebida estándar de los sujetos que reconocieron consumir bebidas alcohólicas es de 1,97 (IC95%: 1,93-2,01). El 36,9% de estos sujetos ingiere 1 ubes/día y un 23,0% 2 ubes/día. El porcentaje de sujetos que ingiere 3 y 4 ubes/día es prácticamente el mismo, 9,9 y 10,9%. Los que reconocen consumir más de 10 ubes/día alcanzan el 2%.



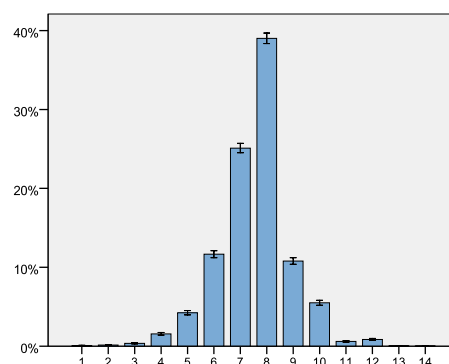
### Actividad física

En relación con el ejercicio físico que realiza en su actividad principal, el 34,1% de los encuestados respondió que permanecía sentado la mayor parte de la jornada, el 51,6% que estaba de pie prácticamente toda la jornada pero sin realizar grandes esfuerzos, el 10,3% que caminaba la mayor parte del tiempo llevando algún peso y el 3,7% que desempeñaba un trabajo que requería un gran esfuerzo físico.



### Horas de sueño diarias

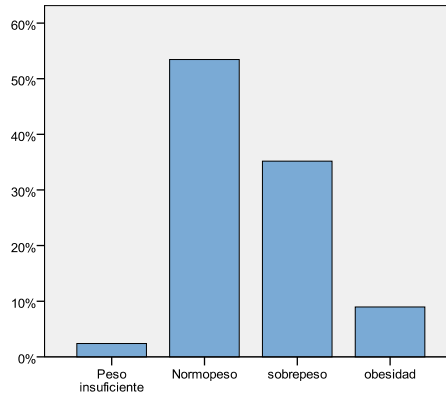
La media de horas que duermen al día los sujetos es de 7,6 (IC95%: 7,55-7,59). Los sujetos que reconocen dormir diariamente 8 y 7 h. constituyen el 39,0% y el 25,1% de la muestra. Prácticamente el mismo porcentaje declara dormir 6 y 9 h. (11,7 y 10,8%) y el 1,6% de la muestra afirma dormir menos de 5 h/día.



## RESULTADOS

### IMC

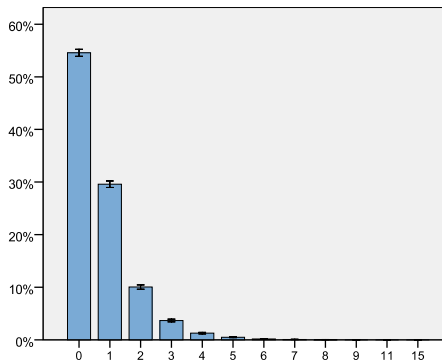
En relación con el índice de masa corporal y según las categorías consideradas se observa que el 9,1% de los sujetos entrevistados presenta obesidad y el 35,3% sobrepeso. Con respecto al peso insuficiente se observa que este se da en el 2,4% de la muestra.



### Variables dependientes

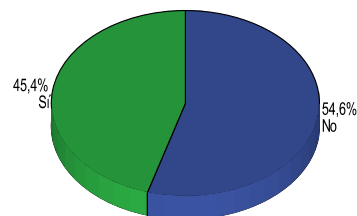
#### Número medicamentos consumidos

La media de consumo de medicamentos en los 15 días previos a la entrevista es de 0,70 (IC95%: 0,69-0,72). Casi una tercera parte de los sujetos reconoce estar a tratamiento con un medicamento (29,6%), el 10,0% de la muestra afirma estar a tratamiento con dos medicamentos y los que reconocen tomar más de 3 no llegan al 1% de la población



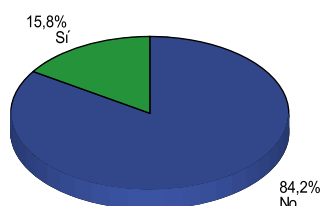
#### Consumo de un medicamento

El porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido un medicamento en los últimos 15 días es del 45,4% (IC95%: 44,75-46,10).



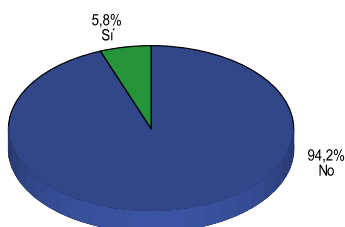
### Consumo de dos medicamentos

Podemos observar que el porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido dos medicamentos en los últimos 15 días es del 15,8% (IC95%: 15,33-16,32).



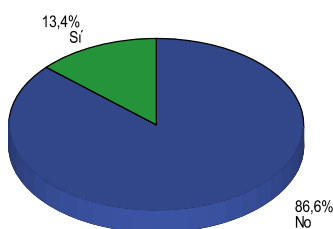
### Consumo de tres medicamentos

El porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido tres medicamentos en los últimos 15 días es del 5,8% (IC95%: 5,46-6,10).



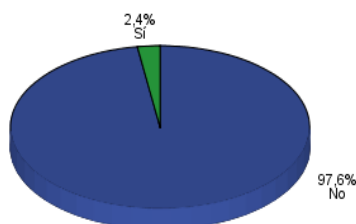
### Consumo de un medicamento no prescrito

El porcentaje de sujetos que reconoce haberse automedicado en los últimos 15 días es del 13,4% (IC95%: 12,93-13,86).



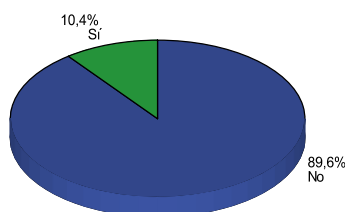
### Consumo de dos medicamentos no prescritos

El porcentaje de sujetos que reconoce haberse automedicado con al menos dos medicamentos en los últimos 15 días es del 2,4% (IC95%: 2,06-2,47).



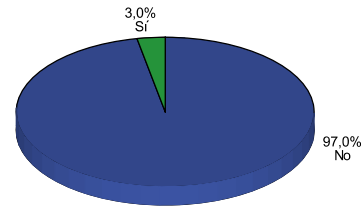
### Automedicación aceptable

El porcentaje de sujetos que se automedicó en los últimos 15 días de manera aceptable es del 10,4% (IC95%: 9,94-10,77).



**Automedicación inaceptable**

El porcentaje de sujetos que se automedicó en los últimos 15 días de manera inaceptable es del 3,0% (IC95%: 2,80-3,27).

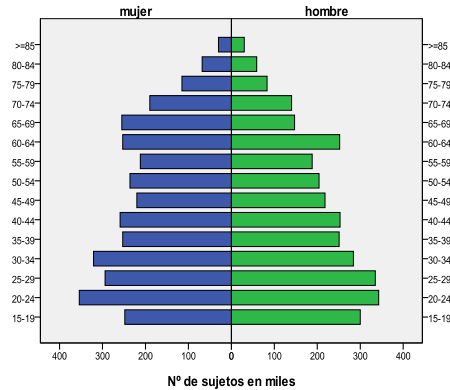


**7.1.3.- Encuesta Nacional de Salud 1995**

**7.1.3.1.- Características sociodemográficas**

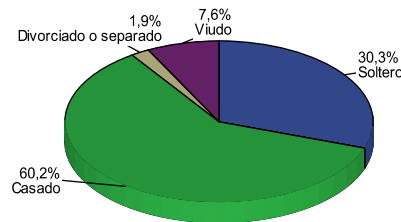
**Edad y sexo**

La media de edad de los sujetos entrevistados es de 43,8 años (IC95%: 43,37-44,30). Los hombres representan el 48,3% de la muestra, con una edad media de 42,61 años (IC95%: 41,95-43,27). Las mujeres son el 51,7%, y su edad media es de 44,98 años (IC95%: 44,33-45,63).



**Estado civil**

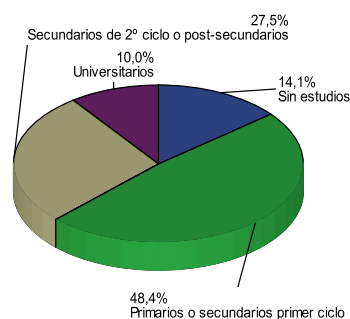
Con respecto al estado civil, los sujetos casados representan el 60,2% de la muestra, los que no han contraído matrimonio el 30,3%, los divorciados o separados el 1,9% y los viudos el 7,6%.





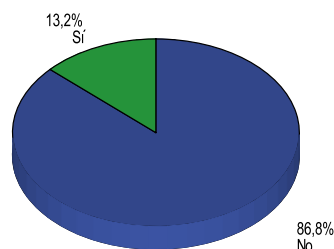
### Nivel de estudios

Prácticamente la mitad de los sujetos cursaron estudios primarios, 48,4%. El porcentaje de individuos sin estudios alcanza el 14,1%. Los que cursaron estudios secundarios de segundo ciclo o postsecundarios y estudios universitarios representan el 27,5 y el 10,0% respectivamente.



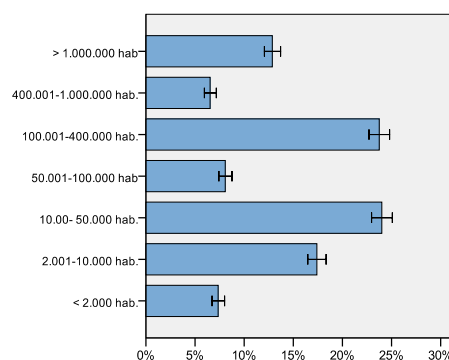
### Seguro médico

El 13,2% de los sujetos entrevistados declaró ser titular o beneficiario de un seguro médico privado.



### Tamaño del hábitat

La distribución de los sujetos en las siete categorías consideradas es la siguiente: 7,4% en poblaciones de menos de 2.000 habitantes, 17,4% en núcleos entre 2.001 y 10.000 hab., 24,0% en poblaciones entre 10.001 y 50.000 hab., 8,1% entre 50.001 y 100.000 hab., 23,7% entre 100.001 y 400.000 hab., 6,5% entre 400.001-1.000.000 hab. y el 12,9% en municipios de más de 1.000.000 de habitantes.

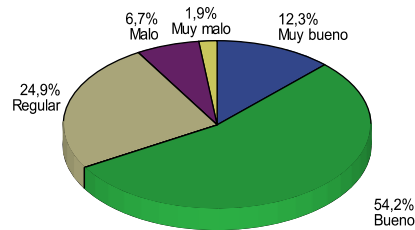


7.1.3.2.- Análisis univariante

Variables independientes

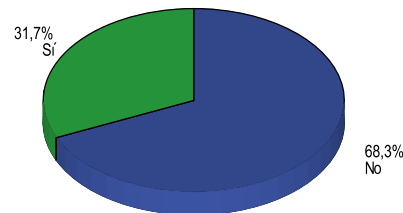
Estado de salud

A los sujetos se les preguntó sobre como consideraban su estado de salud en los últimos doce meses. Los resultados obtenidos, según las cinco categorías establecidas, fueron los siguientes: el 12,3% percibía su estado de salud muy bueno, el 54,2% bueno, el 24,9% regular, el 6,7% malo y el 1,9% muy malo.



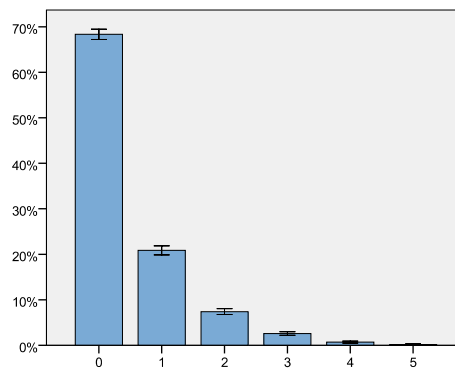
Enfermedad crónica

El porcentaje de sujetos que declaró padecer alguna enfermedad crónica en los últimos doce meses alcanza el 31,7%, frente a los que afirmaron no haber padecido ninguna, 68,3%.



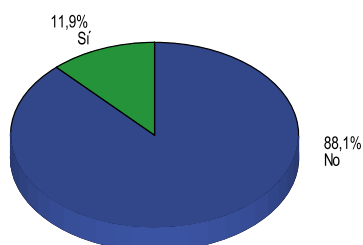
Número de enfermedades crónicas

La media de enfermedades crónicas de los sujetos entrevistados en los últimos doce meses es de 0,47 (IC95%: 0,45-0,49). Los sujetos que reconocieron padecer una enfermedad crónica representan el 20,9% de la muestra, los que padecieron dos y tres representan el 7,4% y 2,6% respectivamente y el porcentaje de sujetos que reconoció padecer entre cuatro y siete enfermedades crónicas no alcanzó el 1%.



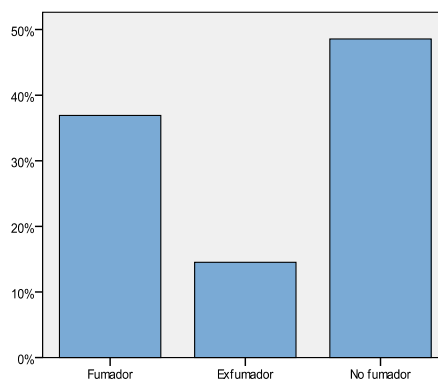
### Reducción de actividad

La proporción de sujetos que declaró haber reducido su actividad principal por problemas de salud en las dos últimas semanas alcanzó el 11,9%.



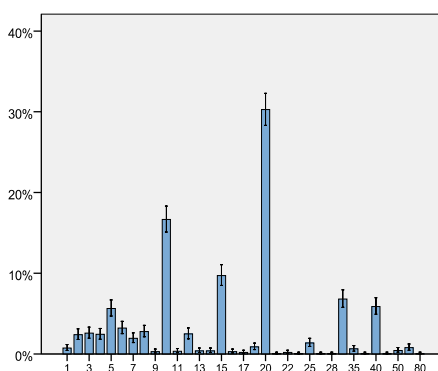
### Consumo de tabaco

Esta variable recoge si el sujeto entrevistado ha consumido o consume tabaco en el momento de la entrevista. La distribución de los sujetos en las tres categorías consideradas fue la siguiente: el 36,9% reconoce ser fumador, el 14,5% exfumador y el 48,6% afirma no ser fumador.



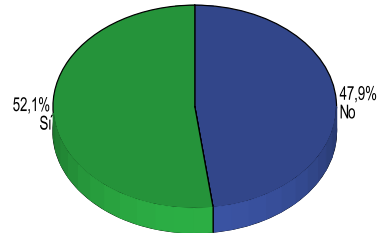
### Tabaco al día

La media de consumo de cigarrillos/día de los sujetos fumadores es de 16,75 (IC95%: 16,29-17,21). Los sujetos que declararon fumar 20 cigarrillos/día representan el 30,3% de la muestra, el 22,0% afirma fumar menos de 10 cigarrillos/día y el 16,7% fumar 10 cigarrillos/día. Prácticamente el mismo porcentaje declara fumar 30 y 40 cigarrillos/día (6,8 y 5,9%).



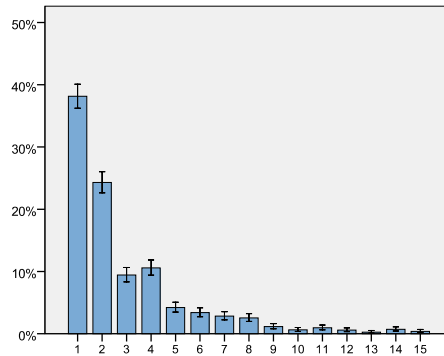
Consumo de alcohol

A los sujetos se les preguntó si habían consumido algún tipo de bebida alcohólica, independientemente de su graduación. El 51,2% respondió afirmativamente.



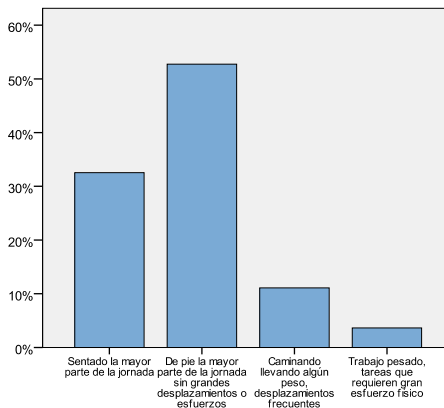
Unidades de bebida estándar

La media de consumo de UBES de los sujetos que reconocieron consumir bebidas alcohólicas es de 1,71 (IC95%: 1,64-1,78). El 38,2% de estos sujetos ingiere 1 ubes/día y el 24,3% 2 ubes/día. El porcentaje de sujetos que ingiere 3 y 4 ubes/día es prácticamente el mismo (9,4 y 10,6% respectivamente). Los sujetos que reconocen consumir más de 10 ubes/día alcanzan el 2%.



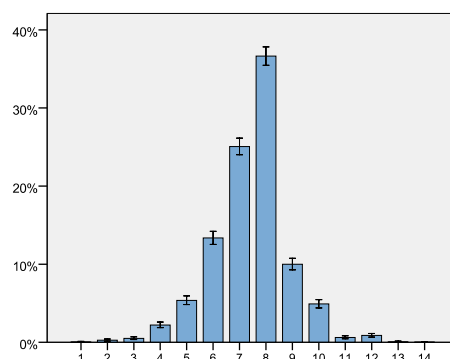
Actividad física

En relación con el ejercicio físico que realiza en su actividad principal, el 32,5% de los encuestados respondió que permanecía sentado la mayor parte de la jornada, el 52,7% que estaba de pie prácticamente toda la jornada pero sin realizar grandes esfuerzos, el 11,1% que caminaba la mayor parte del tiempo llevando algún peso y el 3,6% que desempeñaba un trabajo que requería un gran esfuerzo físico.



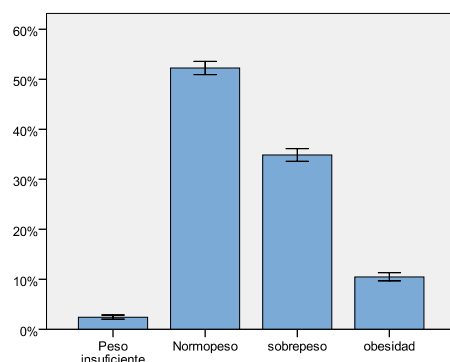
### Horas de sueño diarias

La media de horas que duermen al día los sujetos entrevistados es de 7,45 (IC95%: 7,41-7,48). Los sujetos que reconocen dormir diariamente 8 y 7 h. constituyen el 36,6% y el 25,1% de la muestra. Un porcentaje muy similar de sujetos declara dormir 6 y 9 h. (13,4% y 10,0%) y el 2,2% de la muestra afirma dormir menos de 5 h/día.



### IMC

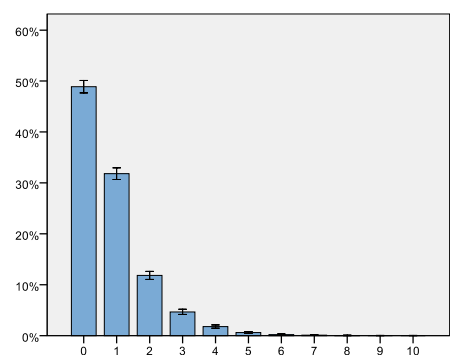
En relación con el índice de masa corporal y según las categorías consideradas se observa que el 10,5% de los sujetos entrevistados presenta obesidad y el 34,9% sobrepeso. Con respecto al peso insuficiente, se observa que este se da en el 2,4% de la muestra.



### Variables dependientes

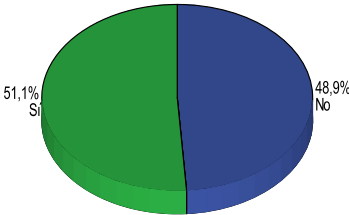
#### Número de medicamentos consumidos

La media de consumo de medicamentos en los 15 días previos a la entrevista es de 0,82 (IC95%: 0,9-0,84). Casi una tercera parte de los sujetos reconocen estar a tratamiento con un medicamento (31,8%), el 12% de la muestra afirma estar a tratamiento con dos medicamentos y los que reconocen tomar más de 3 no llegan al 3% de la población.



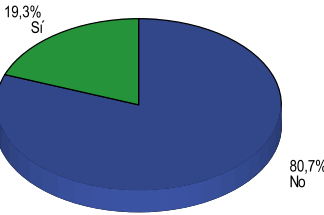
**Consumo de un medicamento**

Podemos observar que el porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido un medicamento en los últimos 15 días es del 51,1% (IC95%: 49,87-52,34).



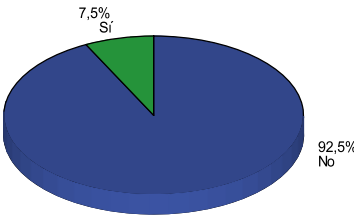
**Consumo de dos medicamentos**

El porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido dos medicamentos en los últimos 15 días es del 19,3% (IC95%: 18,32-20,26).



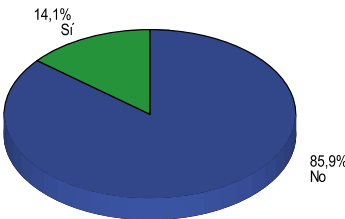
**Consumo de tres medicamentos**

El 7,5% (IC95%: 6,81-8,11) de los sujetos reconoce haber consumido tres medicamentos en los últimos 15 días.



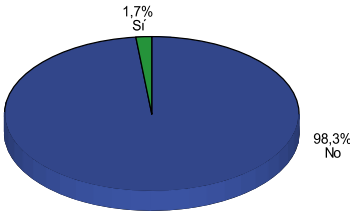
**Consumo de un medicamento no prescrito**

El porcentaje de sujetos que reconoce haberse automedicado en los últimos 15 días es del 14,1% (IC95%: 13,21-14,93).



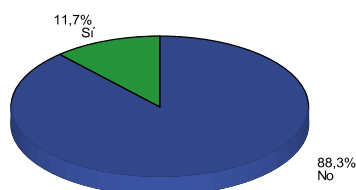
**Consumo de dos medicamentos no prescritos**

El porcentaje de sujetos que reconoce haberse automedicado con al menos dos medicamentos en los últimos 15 días es del 1,7% (IC95%: 1,41-2,06).



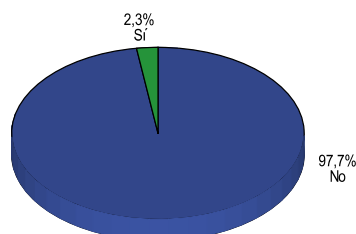
### Automedicación aceptable

El porcentaje de sujetos que se automedicó en los últimos 15 días de manera aceptable es del 11,7% (IC95%: 10,93-12,52).



### Automedicación inaceptable

El porcentaje de sujetos que se automedicó en los últimos 15 días de manera inaceptable es del 2,3% (IC95%: 1,97-2,72).

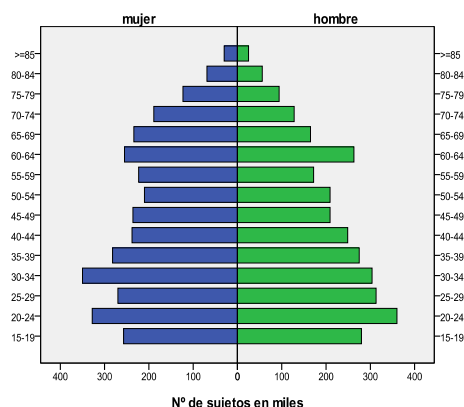


## 7.1.4.- Encuesta Nacional de Salud 1997

### 7.1.4.1.- Características sociodemográficas

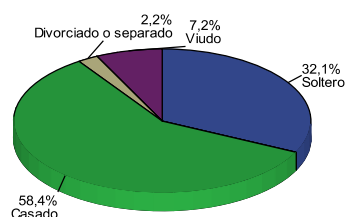
#### Edad y sexo

La media de edad de los sujetos entrevistados es de 43,9 años (IC95%: 43,43-44,35). Los hombres representan el 48,5% de la muestra, con una edad media de 42,77 años (IC95%: 42,11-43,42). Las mujeres representan el 51,5%, y su edad media es de 44,94 años (IC95%: 44,30-45,59).



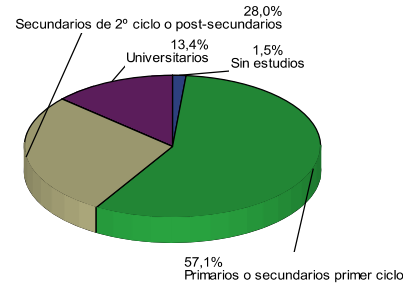
#### Estado civil

Los sujetos casados representan el 58,4% de la muestra, los que no han contraído matrimonio el 32,1%, los divorciados o separados el 2,2% y los viudos el 7,2%.



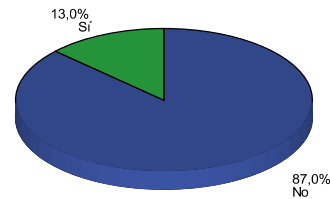
**Nivel de estudios**

Más de la mitad de los sujetos cursaron estudios primarios (el 57,1%). El porcentaje de individuos sin estudios no llega al 2%. Los que cursaron estudios secundarios de segundo ciclo o post-secundarios y estudios universitarios representan el 28,0 y el 13,4% respectivamente.



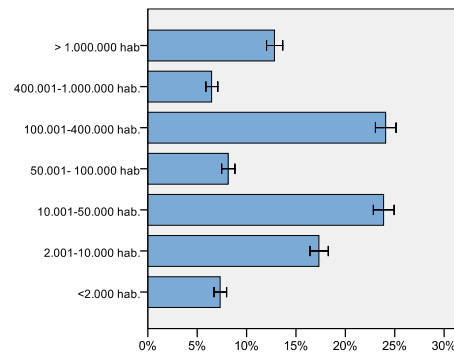
**Seguro médico**

El 13,0% de los sujetos entrevistados declaró ser titular o beneficiario de un seguro médico privado.



**Tamaño del hábitat**

La distribución de los sujetos en las siete categorías es la siguiente: 7,3% en poblaciones de menos de 2.000 habitantes, 17,3% en núcleos entre 2.001 y 10.000 hab., 23,9% en poblaciones entre 10.001 y 50.000 hab., 8,1% entre 50.001 y 100.000 hab., 24,1% entre 100.001 y 400.000 hab., 6,5% entre 400.001-1.000.000 hab. y el 12,8% en municipios de más de 1.000.000 hab.



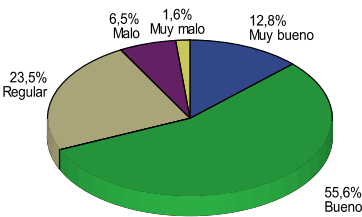


7.1.4.2.- Análisis univariante

Variables independientes

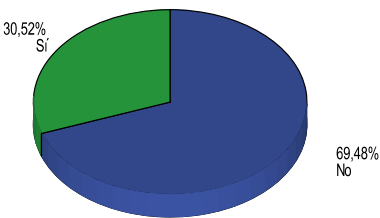
Estado de salud

A los sujetos encuestados se les preguntó sobre como consideraban su estado de salud en los últimos doce meses. Los resultados obtenidos, según las cinco categorías establecidas, fueron los siguientes: el 12,8% percibía su estado de salud muy bueno, el 55,6% bueno, el 23,5% regular, el 6,5% malo y el 1,6% muy malo.



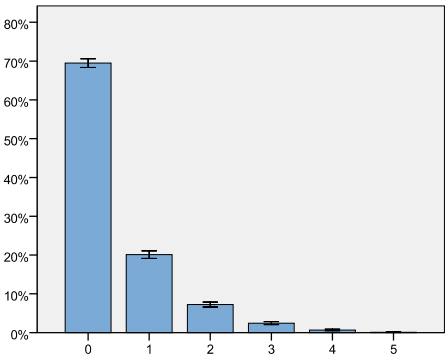
Enfermedad crónica

El porcentaje de sujetos que declaró padecer alguna enfermedad crónica en los últimos doce meses alcanza el 30,5%, frente al 69,5% que afirmaron no haber padecido ninguna.



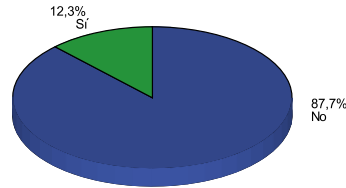
Número de enfermedades crónicas

La media de enfermedades crónicas en los últimos doce meses es de 0,45 (IC95%: 0,43-0,47). Los sujetos que afirman padecer una enfermedad crónica representan el 20,1%, los que padecieron dos y tres representan el 7,2% y 2,4% respectivamente y el porcentaje de sujetos que reconoció padecer entre cuatro y siete enfermedades crónicas no alcanzó el 1%.



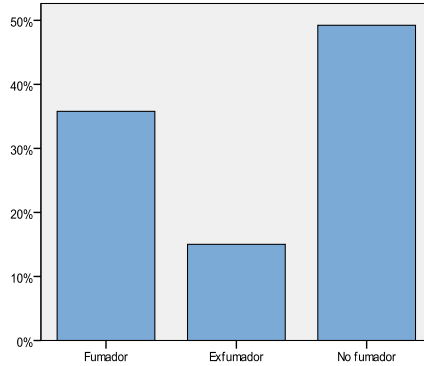
**Reducción de actividad**

La proporción de sujetos que declaró haber reducido su actividad principal por problemas de salud en las dos últimas semanas alcanzó el 12,3%.



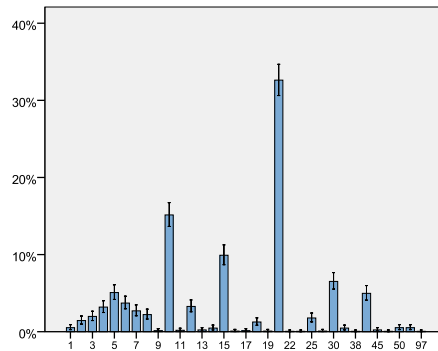
**Consumo de tabaco**

Esta variable recoge si el sujeto entrevistado ha consumido o consume tabaco en el momento de la entrevista. La distribución de los sujetos en las tres categorías consideradas fue la siguiente: el 35,8% reconoce ser fumador, el 15,0% exfumador y el 49,2% afirma no fumar.



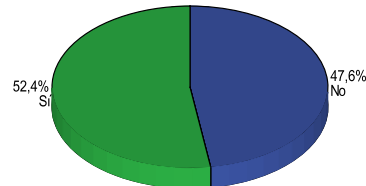
**Tabaco al día**

La media de consumo de cigarrillos/día de los fumadores es de 16,81 (IC95%: 16,37-17,25). Los sujetos que declararon fumar 20 cigarrillos/día representan el 32,6% de la muestra, el 21,1% afirma fumar menos de 10 cigarrillos/día y el 15,2% fumar 10 cigarrillos/día. Prácticamente el mismo porcentaje declara fumar 30 y 40 cigarrillos/día (6,5 y 5,0%).



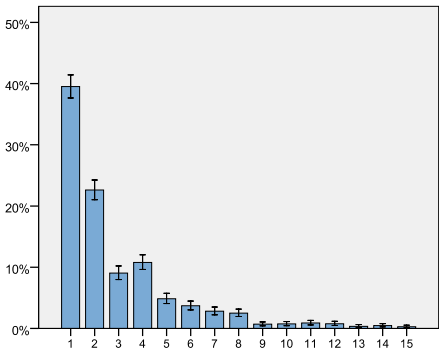
**Consumo de alcohol**

A los sujetos se les preguntó si habían consumido alguna bebida alcohólica en las dos últimas semanas. El 52,4% respondió afirmativamente.



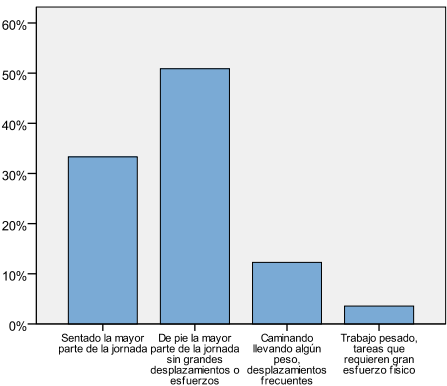
Unidades de bebida estándar

La media de consumo de UBES de los sujetos que reconocieron consumir bebidas alcohólicas es de 1,85 (IC95%: 1,77-1,92). El 39,5% de estos sujetos ingiere 1 ubes/día y el 22,6% 2 ubes/día. El porcentaje que ingiere 3 y 4 ubes/día es prácticamente el mismo, 9,1 y 10,8%. Los sujetos que consumen más de 10 ubes/día alcanzan el 2%.



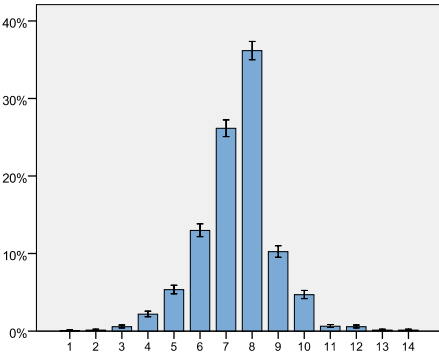
Actividad física

En relación con el ejercicio físico que realiza en su actividad principal, el 33,3% de los encuestados respondió que permanecía sentado la mayor parte de la jornada, el 50,1% que estaba de pie prácticamente toda la jornada pero sin realizar grandes esfuerzos, el 12,3% que caminaba la mayor parte del tiempo llevando algún peso y el 3,6% que desempeñaba un trabajo que requería un gran esfuerzo físico.



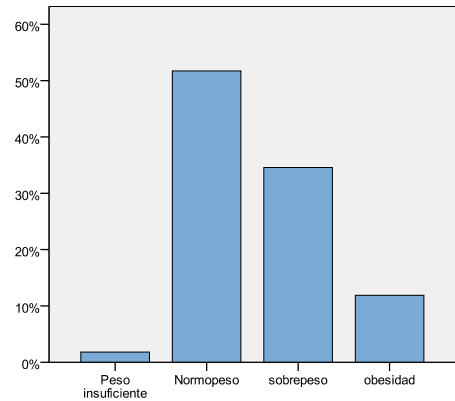
Horas de sueño diarias

La media de horas que duermen al día los sujetos entrevistados es de 7,44 (IC95%:7,41-7,48). Los sujetos que afirman dormir diariamente 8 y 7 h. constituyen el 36,2% y el 26,2% de la muestra. Un porcentaje muy similar de sujetos declara dormir 6 y 9 h. (13,0 y 10,2%) y el 2,2% de la muestra afirma dormir menos de 5 horas al día.



**IMC**

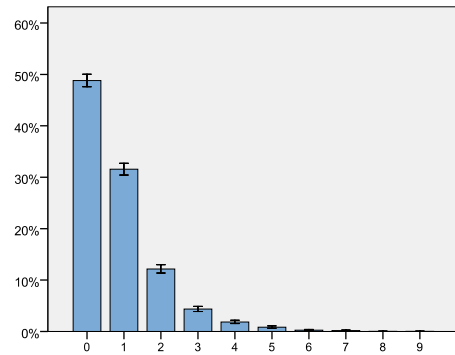
En relación con el índice de masa corporal y a partir de las categorías consideradas se observa que el 11,9% de los sujetos entrevistados presenta obesidad y el 34,6% sobrepeso. Con respecto al peso insuficiente se observa que este se da en el 1,8% de la muestra.



**Variables dependientes**

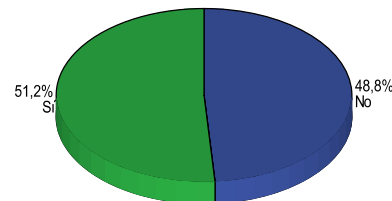
**Número de medicamentos consumidos**

La media de consumo de medicamentos en los 15 días previos a la entrevista es de 0,83 (IC95%: 0,81-0,86). Prácticamente una tercera parte de los sujetos reconocen estar a tratamiento con un medicamento (31,6%), el 12,1% de la muestra afirma estar a tratamiento con dos medicamentos y los que reconocen tomar más de 3 ronda el 2% de la población.



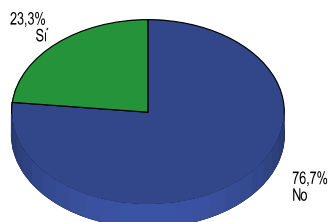
**Consumo de un medicamento**

Se observa que el porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido un medicamento en los últimos 15 días alcanza el 51,2% (IC95%: 49,96-52,42).



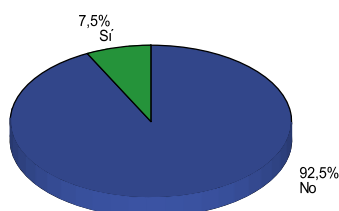
### Consumo de dos medicamentos

El porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido dos medicamentos en los últimos 15 días es del 23,3% (IC95%: 22,64-24,60).



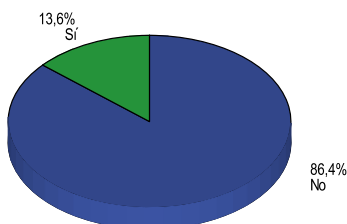
### Consumo de tres medicamentos

El porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido tres medicamentos en los últimos 15 días alcanza el 7,5% (IC95%: 6,82-8,13).



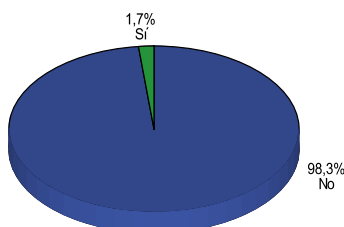
### Consumo de un medicamento no prescrito

El porcentaje de sujetos que reconoce haberse automedicado en los últimos 15 días es del 13,6% (IC95%: 12,79-14,48).



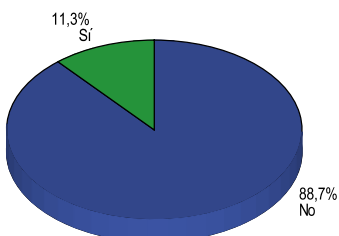
### Consumo de dos medicamentos no prescritos

Podemos observar que el porcentaje de sujetos que reconoce haberse automedicado con al menos dos medicamentos en los últimos 15 días es del 1,7% (IC95%: 1,38-2,03).



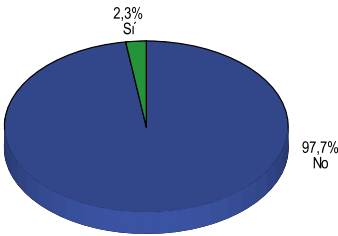
### Automedicación aceptable

El porcentaje de sujetos que se automedicó en los últimos 15 días de manera aceptable es del 11,3% (IC95%: 10,52-12,09).



**Automedicación inaceptable**

El porcentaje de sujetos que se automedicó en los últimos 15 días de manera inaceptable es del 2,3% (IC95%: 1,95-2,71).

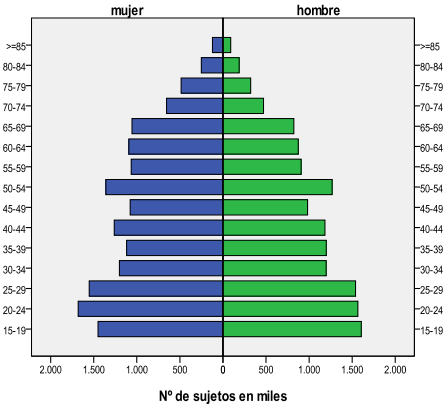


**7.1.5.- Encuesta Nacional de Salud 2001**

**7.1.5.1.- Características sociodemográficas**

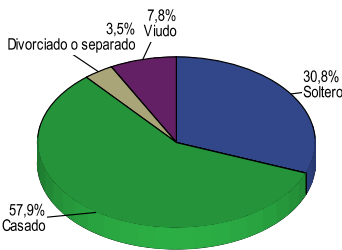
**Edad y sexo**

La media de edad de los sujetos entrevistados es de 45,04 años (IC95%: 43,78-45,29). Los hombres representan el 48,3% de la muestra, con una edad media de 43,93 años (IC95%: 43,57-44,29). Las mujeres representan el 51,7%, y su edad media es de 46,07 años (IC95%: 45,71-46,42).



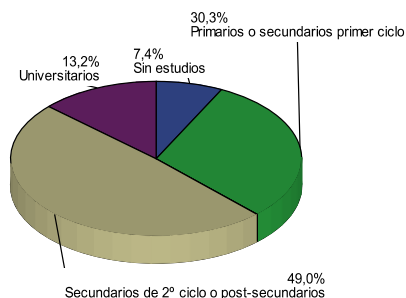
**Estado civil**

Con respecto al estado civil, los sujetos casados representan el 57,9% de la muestra, los que no han contraído matrimonio son el 30,8%, los divorciados o separados suponen el 3,5% y los viudos el 7,8%.



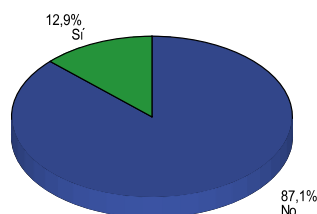
### Nivel de estudios

Prácticamente la mitad de los sujetos cursaron estudios secundarios de 2º ciclo o post-secundarios. El porcentaje de individuos sin estudios alcanza el 7,4%. Los que cursaron estudios primarios o secundarios de 1º ciclo y universitarios representan el 30,3 y el 13,2% respectivamente.



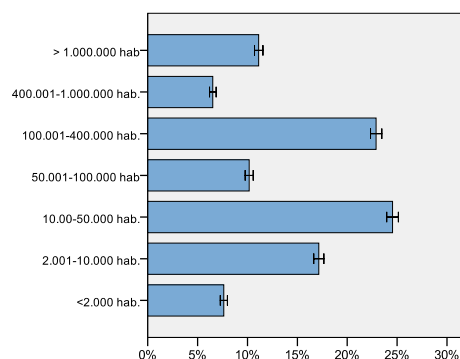
### Seguro médico

El 12,9% de los sujetos entrevistados declaró ser titular o beneficiario de un seguro médico privado.



### Tamaño del hábitat

La distribución en las siete categorías es la siguiente: 7,6% en poblaciones de menos de 2.000 hab., 17,1% en núcleos entre 2.001-10.000 hab., 24,5% en poblaciones entre 10.001-50.000 hab., 10,2% entre 50.001-100.000 hab., 22,9% entre 100.001-400.000 hab., 6,5% entre 400.001-1.000.000 hab. y el 11,1% en municipios de más de 1.000.000 hab.

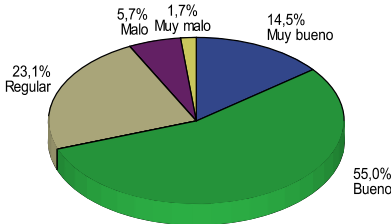


7.1.5.2.- Análisis univariante

Variables independientes

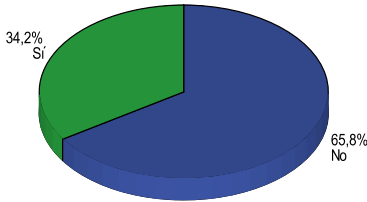
Estado de salud

A los sujetos encuestados se les preguntó sobre como consideraban su estado de salud en los últimos doce meses. Los resultados obtenidos, según las cinco categorías establecidas, fueron los siguientes: el 14,5% percibía su estado de salud como muy bueno, el 55,0% bueno, el 23,1% regular, el 5,7% malo y el 1,7% muy malo.



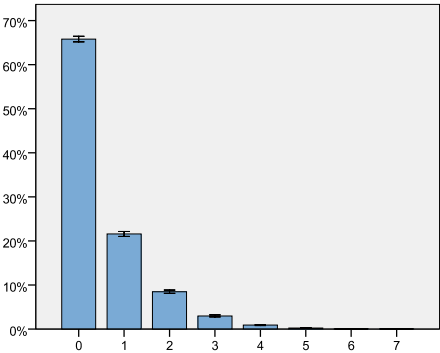
Enfermedad crónica

El porcentaje de sujetos que declaró padecer alguna enfermedad crónica en los últimos doce meses alcanza el 34,2%, frente al 65,8% que afirma no haber padecido ninguna.



Número de enfermedades crónicas

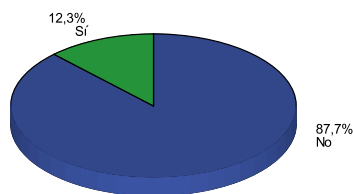
La media de enfermedades crónicas de los sujetos en los últimos doce meses es de 0,52 (IC95%: 0,51-0,54). El 21,6% reconocieron padecer una enfermedad crónica, los que afirman padecer dos y tres representan el 8,5% y 3,0% respectivamente y los que reconocieron padecer entre cuatro y siete enfermedades crónicas superaron ligeramente el 1%.





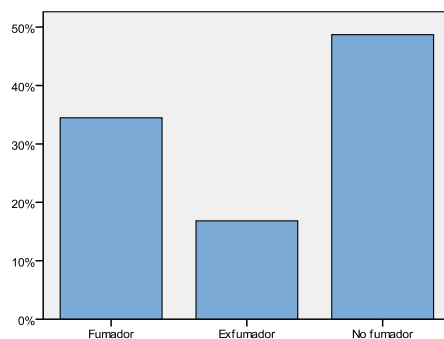
### Reducción de actividad

La proporción de sujetos que declaró haber reducido su actividad principal por problemas de salud en las dos últimas semanas alcanzó el 12,3%.



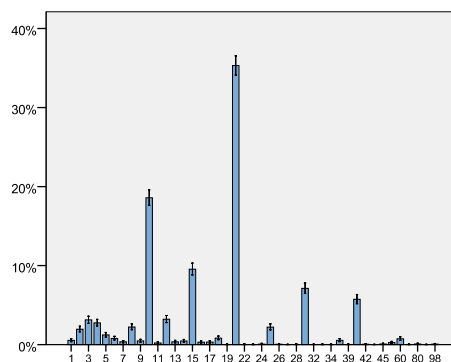
### Consumo de tabaco

Esta variable recoge si el sujeto entrevistado ha consumido o consume tabaco en el momento de la entrevista. La distribución de los sujetos en las tres categorías consideradas fue la siguiente: el 34,5% reconoce ser fumador, el 16,8% exfumador y el 48,7% afirma no fumar.



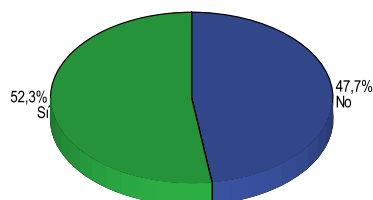
### Tabaco al día

La media de consumo de cigarrillos/día de los fumadores es de 17,80 (IC95%: 17,54-18,06). Los sujetos que declararon fumar 20 cigarrillos/día representan el 35,3% de la muestra, el 13,5% afirma fumar menos de 10 cigarrillos/día y el 18,6% fumar 10 cigarrillos/día. Prácticamente el mismo porcentaje declara fumar 30 y 40 cigarrillos/día (7,1 y 5,6%).



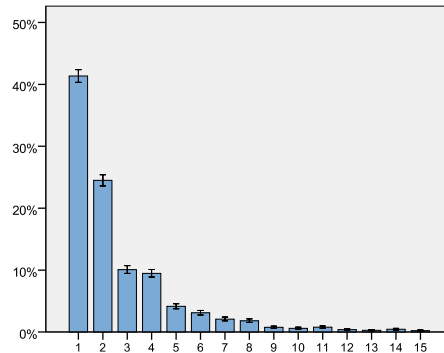
### Consumo de alcohol

Sobre el consumo de algún tipo de bebida alcohólica, independientemente de su graduación, en las dos últimas semanas, el 52,3% respondió afirmativamente.



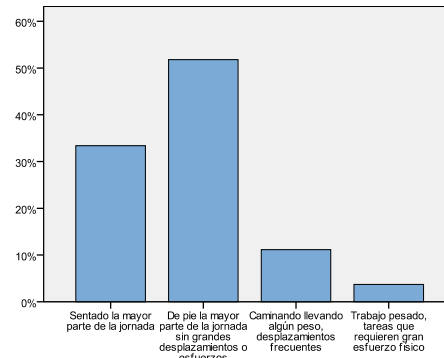
### Unidades de bebida estándar

La media de consumo de UBES de los sujetos que reconocieron consumir bebidas alcohólicas es de 1,71 (IC95%: 1,67-1,75). El 41,3% de estos sujetos ingiere 1 ubes/día y el 24,5% 2 ubes/día. El porcentaje de sujetos que ingiere 3 y 4 ubes/día es prácticamente el mismo (10,1 y 9,5%). Los sujetos que reconocen consumir más de 10 ubes/día alcanzan el 2%.



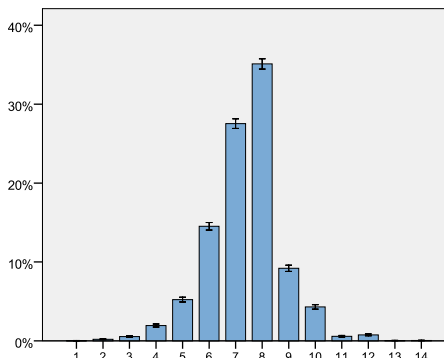
### Actividad física

En relación con el ejercicio físico que realiza en su actividad principal, el 33,6% de los encuestados respondió que permanecía sentado la mayor parte de la jornada, el 51,4% que estaba de pie prácticamente toda la jornada pero sin realizar grandes esfuerzos, el 11,2% que caminaba la mayor parte del tiempo llevando algún peso y el 3,8% que desempeñaba un trabajo que requería un gran esfuerzo físico.



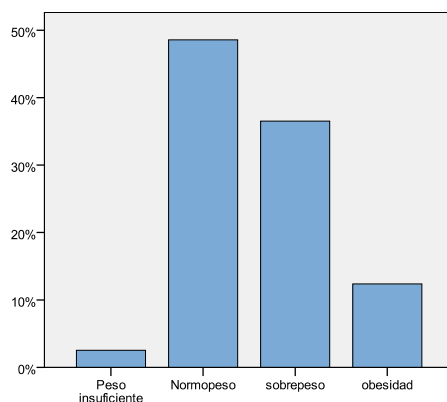
### Horas de sueño diarias

La media de horas que duermen al día los sujetos es de 7,39 (IC95%: 7,37-7,41). Los sujetos que reconocen dormir diariamente 8 y 7 h. constituyen el 35,1% y el 27,5% de la muestra. Un porcentaje muy similar declara dormir 6 y 9 h. (14,5 y 9,2%) y el 1,9% de la muestra afirma que duerme menos de 5 h/día.



## IMC

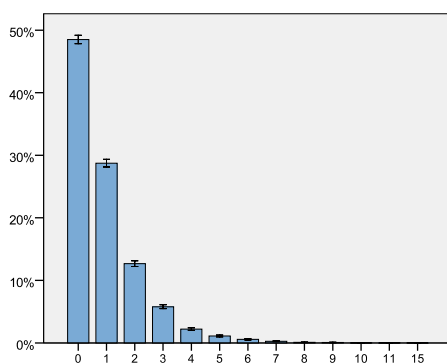
Con respecto al índice de masa corporal y según las categorías consideradas se observa que el 12,8% de los sujetos entrevistados presenta obesidad y el 36,3% sobrepeso. En el 2,6% de la muestra se observa peso insuficiente.



## Variables dependientes

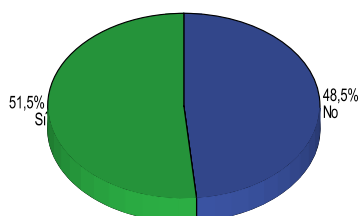
### Número de medicamentos consumidos

La media de consumo de medicamentos en los 15 días previos a la entrevista es de 0,92 (IC95%: 0,91-0,94). Prácticamente una tercera parte de los sujetos reconocen estar a tratamiento con un medicamento (29,5%), el 12,7% y el 5,8% de la muestra afirma estar a tratamiento con dos y tres medicamentos y los que reconocen tomar más de 3 medicamentos ronda el 2% de la población.



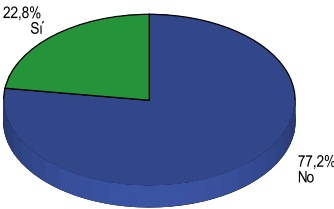
### Consumo de un medicamento

Más de la mitad de la población -el 51,5% (IC95%: 50,82-52,17)- reconoce haber consumido un medicamento en los últimos 15 días.



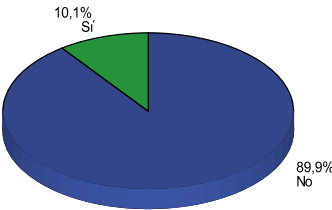
**Consumo de dos medicamentos**

El porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido dos medicamentos en los últimos 15 días es del 22,8% (IC95%: 22,19-23,33).



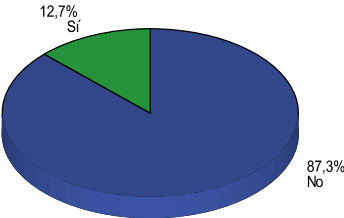
**Consumo de tres medicamentos**

El 10,1% (IC95%: 9,69-10,51) de los encuestados afirma haber consumido tres medicamentos en los últimos 15 días.



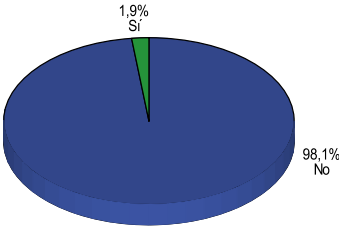
**Consumo de un medicamento no prescrito**

El porcentaje de sujetos que reconoce haberse automedicado en los últimos 15 días es del 12,7% (IC95%: 12,23-13,13).



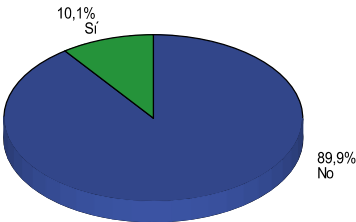
**Consumo de dos medicamentos no prescritos**

El porcentaje de sujetos que reconoce haberse automedicado con al menos dos medicamentos en los últimos 15 días es del 1,9% (IC95%: 1,73-2,10).



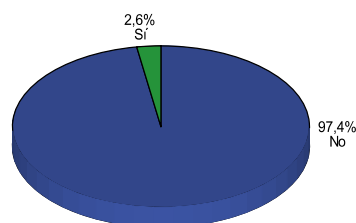
**Automedicación aceptable**

El porcentaje de sujetos que se automedicó en los últimos 15 días de manera aceptable representa el 10,1% (IC95%: 9,66-10,48).



### Automedicación inaceptable

Casi tres de cada cien sujetos -el 2,6% (IC95%: 2,39-2,82)- se automedicó en los últimos 15 días de manera inaceptable.

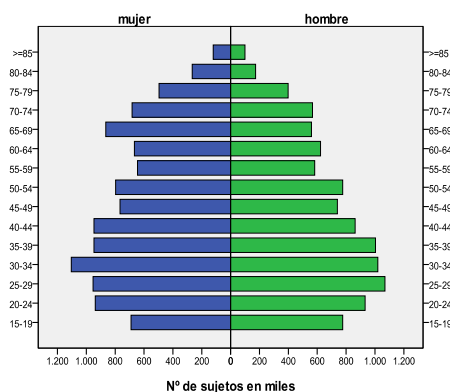


## 7.1.6.- Encuesta Nacional de Salud 2003

### 7.1.6.1.- Características sociodemográficas

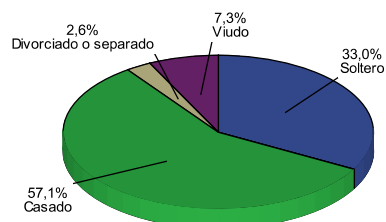
#### Edad y sexo

La media de edad de los sujetos entrevistados es de 45,46 años (IC95%: 45,21-45,71). Los hombres representan el 48,8% de la muestra, con una edad media de 44,31 años (IC95%: 43,96-44,65). Las mujeres, con una edad media de 46,56 años (IC95%: 46,20-46,92), son el 51,2% de la muestra.



#### Estado civil

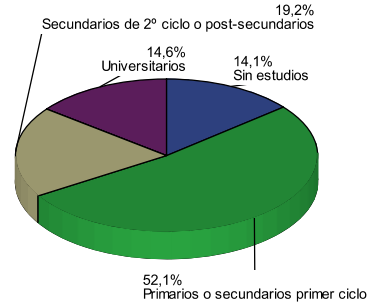
Los sujetos casados representan el 57,1% de la muestra, los que no han contraído matrimonio el 33,0%, los divorciados o separados el 2,6% y los viudos el 7,3%.



## RESULTADOS

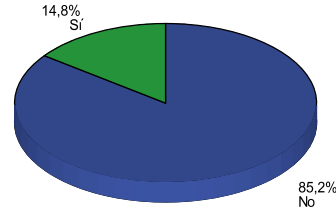
### Nivel de estudios

Más de la mitad de los sujetos del estudio, el 52,1%, cursaron estudios primarios. El porcentaje de individuos sin estudios asciende al 14,1%. Los que cursaron estudios secundarios de 2º ciclo o post-secundarios representan el 19,2 y el 14,6% respectivamente.



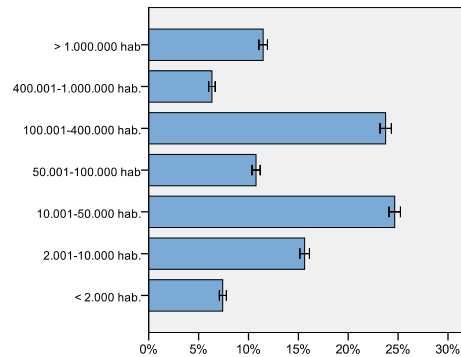
### Seguro médico

El 14,8% de los sujetos entrevistados declaró ser titular o beneficiario de un seguro médico privado.



### Tamaño del hábitat

La distribución de los sujetos en las siete categorías consideradas es la siguiente: 7,4% en poblaciones de menos de 2.000 habitantes, 15,6% en núcleos entre 2.001-10.000 hab., 24,7% en poblaciones entre 10.001-50.000 hab., 10,8% entre 50.001-100.000 hab., 23,7% entre 100.001-400.000 hab., 6,3% entre 400.001-1.000.000 hab. y el 11,5% en municipios de más de 1.000.000 de habitantes.

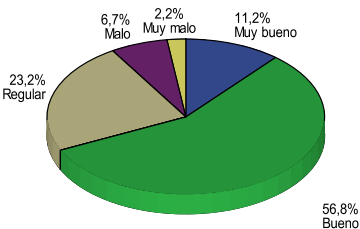


7.1.6.2.- Análisis univariante

Variables independientes

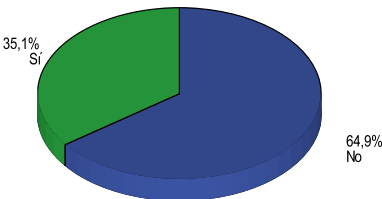
Estado de salud

Al preguntarles sobre como consideraban su estado de salud en los últimos doce meses, el 11,2% respondió que percibía su estado de salud como muy bueno, el 56,8% como bueno, regular el 23,2%, malo el 6,7% y muy malo el 2,2%.



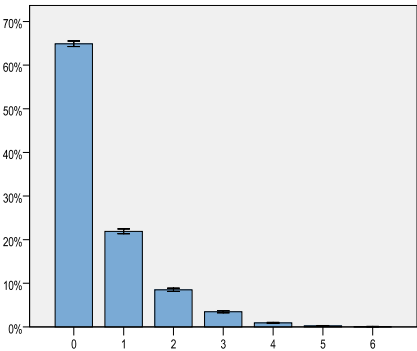
Enfermedad crónica

El porcentaje de sujetos que declaró padecer alguna enfermedad crónica en los últimos doce meses alcanza el 35,1%, frente al 64,9% que afirmó no haber padecido ninguna.



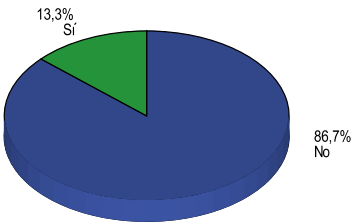
Número de enfermedades crónicas

La media de enfermedades crónicas de los sujetos en los últimos doce meses es de 0,55 (IC95%: 0,53-0,56). Los sujetos que reconocieron padecer una enfermedad crónica representan el 21,9%, los que padecieron dos y tres representan el 8,5 y el 3,5% respectivamente y los que reconocieron padecer entre cuatro y siete enfermedades crónicas superaron ligeramente el 1%.



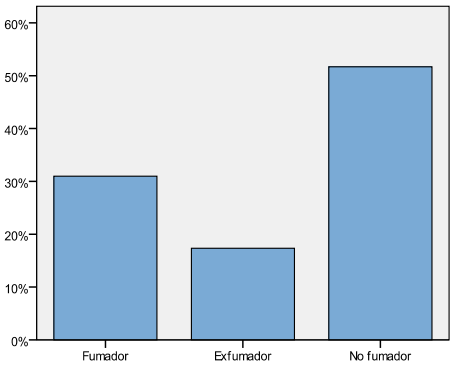
**Reducción de actividad**

El 13,3% de los sujetos declaró haber reducido su actividad principal por problemas de salud en las dos últimas semanas.



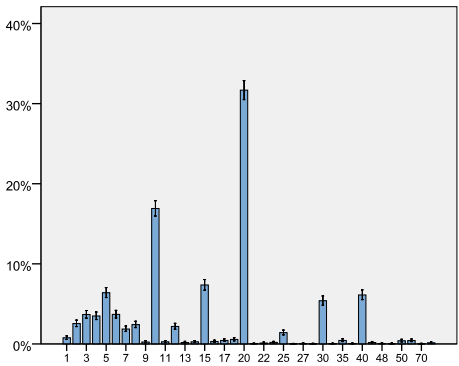
**Consumo de tabaco**

Esta variable recoge si el sujeto entrevistado ha consumido o consume tabaco en el momento de la entrevista. El 31,0% reconoce ser fumador, el 17,3% exfumador y el 51,7% afirma no ser fumador.



**Tabaco al día**

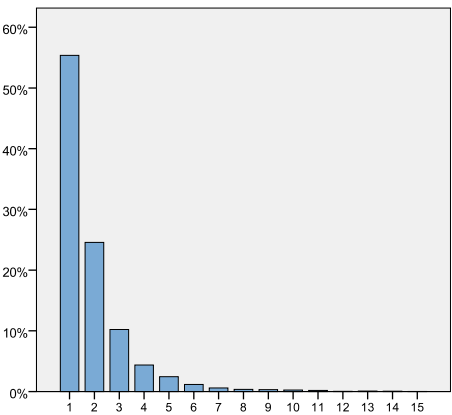
La media de consumo de cigarrillos/día de los fumadores es de 16,21 (IC95%: 15,94-16,48). Los sujetos que declararon fumar 20 cigarrillos/día representan el 31,7% de la muestra, el 25,0% afirma fumar menos de 10 cigarrillos/día y el 16,9% fumar 10 cigarrillos/día. Prácticamente el mismo porcentaje declara fumar 30 y 40 cigarrillos/día (5,14 y 6,1%).





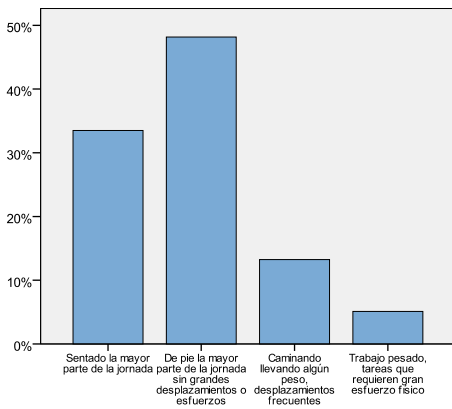
Unidades de bebida estándar

La media de consumo de UBES de los sujetos que reconocieron consumir bebidas alcohólicas es de 1,44 (IC95%: 1,41-1,47). El 57,7% de ellos afirma ingerir 1 ubes/día. El porcentaje que ingiere 2 ubes/día es prácticamente el doble que el que ingiere 3 ubes/día (22,7 y 10,3% respectivamente). Los sujetos que reconocen consumir más de 7 ubes/día no superan el 1%.



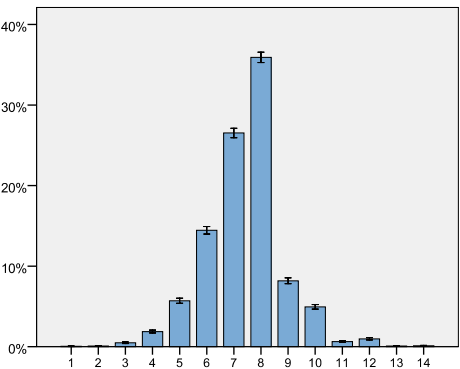
Actividad física

Con respecto al ejercicio físico que realiza en su actividad principal, el 35,1% de los encuestados respondió que permanecía sentado la mayor parte de la jornada, el 46,8% dijo que estaba de pie prácticamente toda la jornada pero sin realizar grandes esfuerzos, el 12,5% que caminaba la mayor parte del tiempo llevando algún peso y el 5,6% refirió que desempeñaba un trabajo que requería un gran esfuerzo físico.



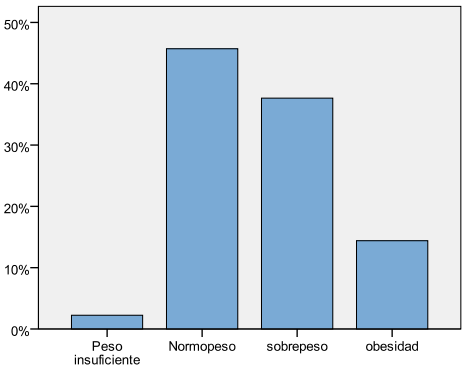
Horas de sueño diarias

Los sujetos entrevistados duermen una media de 7,42 horas diarias (IC95%: 7,40-7,44). Los sujetos que reconocen dormir diariamente 8 y 7 h. son el 35,9% y el 26,5% de la muestra. Los que declaran dormir 6 y 9 h. representan el 14,4 y 8,2% y el 1,9% afirma dormir menos de 5 horas al día.



**IMC**

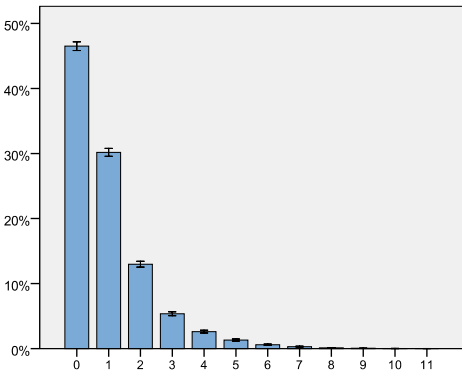
En relación con el índice de masa corporal y conforme a las categorías consideradas se observa que el 13,3% de los sujetos entrevistados presenta obesidad y el 36,0% sobrepeso. Presenta peso insuficiente el 2,7% de la muestra.



**Variables dependientes**

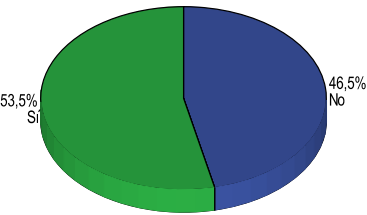
**Número de medicamentos consumidos**

La media de consumo de medicamentos en los 15 días previos a la entrevista es de 0,96 (IC95%: 0,95-0,98). Prácticamente una tercera parte de los sujetos reconoce estar a tratamiento con un medicamento (30,2%), el 13,0% de la muestra afirma estar a tratamiento con dos medicamentos y los que reconocen tomar más de 3 supera ligeramente el 2% de la población.



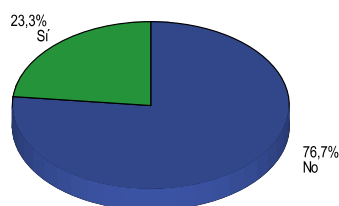
**Consumo de un medicamento**

El porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido un medicamento en los últimos 15 días es del 53,5% (IC95%: 52,83-54,16).

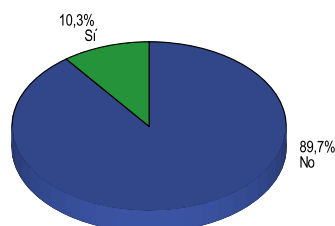


**Consumo de dos medicamentos**

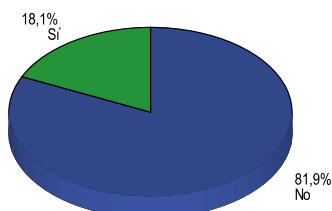
El porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido dos medicamentos en los últimos 15 días es del 23,3% (IC95%: 22,74-23,87).

**Consumo de tres medicamentos**

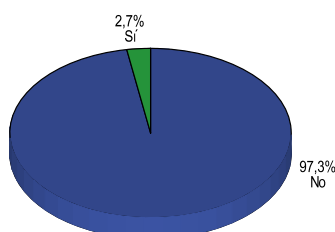
Podemos observar que el porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido tres medicamentos en los últimos 15 días es del 10,3% (IC95%: 9,93-10,74).

**Consumo de un medicamento no prescrito**

El porcentaje de sujetos que reconoce haberse automedicado en los últimos 15 días es del 18,1% (IC95%: 17,60-18,63).

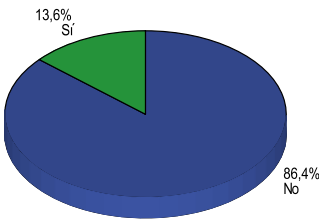
**Consumo de dos medicamentos no prescritos**

El porcentaje de sujetos que reconoce haberse automedicado con al menos dos medicamentos en los últimos 15 días es del 2,7% (IC95%: 2,48-2,92).



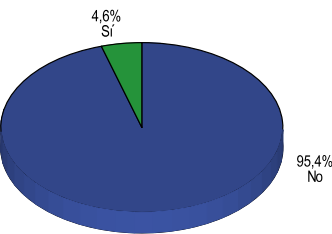
**Automedicación aceptable**

El porcentaje de sujetos que se automedicó en los últimos 15 días de manera aceptable es del 13,6% (IC95%: 13,16-14,08).



**Automedicación inaceptable**

El porcentaje de sujetos que se automedicó en los últimos 15 días de manera inaceptable es del 4,6% (IC95%: 4,36-4,92).

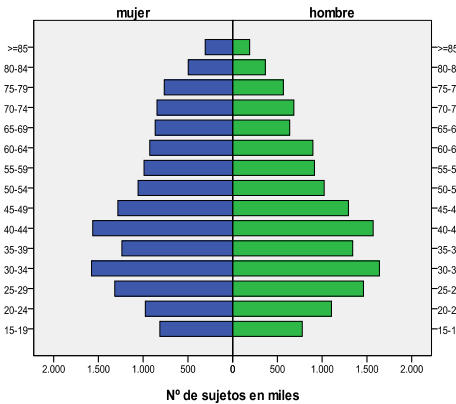


**7.1.7.- Encuesta Nacional de Salud 2006**

**7.1.7.1.- Características sociodemográficas**

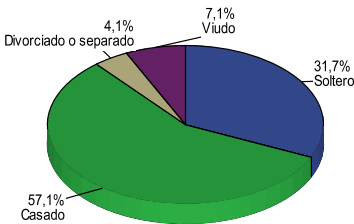
**Edad y sexo**

La media de edad de los sujetos entrevistados es de 46,02 años (IC95%: 45,81-46,23). Los hombres representan el 49,1% de la muestra, con una edad media de 44,85 años (IC95%: 44,55-45,14). Las mujeres son el 50,9% y su edad media es de 46,56 años (IC95%: 46,84-47,45).



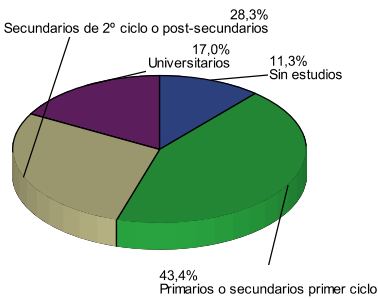
Estado civil

Con respecto al estado civil, los sujetos casados representan el 57,1% de la muestra, los que no han contraído matrimonio el 31,7%, los divorciados o separados el 4,1% y los viudos el 7,1%.



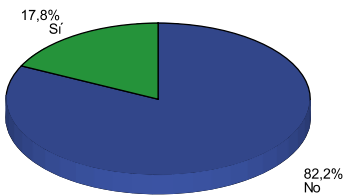
Nivel de estudios

El 43,3% de los sujetos cursaron estudios primarios. Los que cursaron estudios secundarios de 2° ciclo o post-secundarios representan el 28,3 y el 17,0% respectivamente. El porcentaje de sujetos sin estudios asciende al 11,3%.



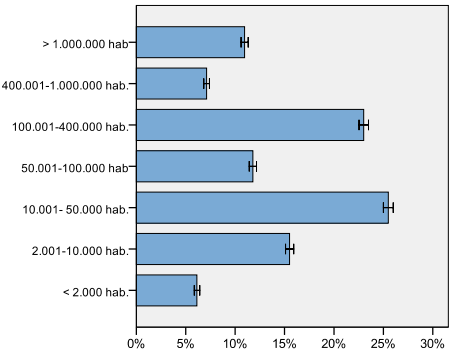
Seguro médico

El 17,8% de los sujetos entrevistados declararon ser titulares o beneficiarios de un seguro médico privado.



Tamaño del hábitat

La distribución de los sujetos en las siete categorías es la siguiente: 6,1% en poblaciones de menos de 2.000 habitantes, 15,5% en núcleos entre 2.001-10.000 hab., 25,5% en poblaciones entre 10.001-50.000 hab., 11,8% entre 50.001-100.000 hab., 23,0% entre 100.001-400.000 hab., 7,1% entre 400.001-1.000.000 hab. y el 11,0% en municipios de más de 1.000.000 de habitantes.

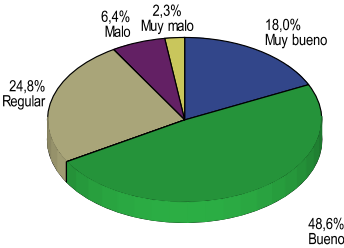


7.1.7.2.- Análisis univariante

Variables independientes

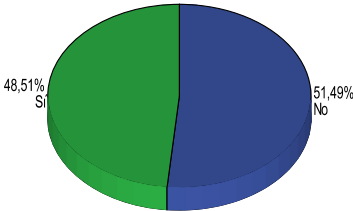
Estado de salud

Los resultados obtenidos a la pregunta de como consideraban su estado de salud en los últimos doce meses fueron los siguientes: el 18,0% percibía su estado de salud como muy bueno, el 48,6% como bueno, el 24,8% contestaba regular, el 6,4% malo y el 2,3% muy malo.



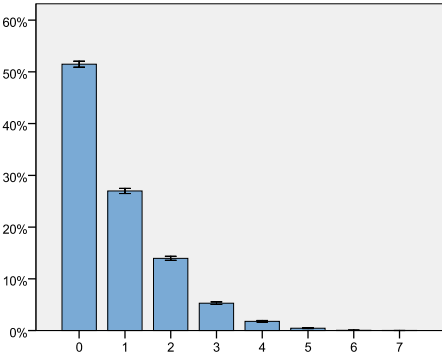
Enfermedad crónica

El porcentaje de sujetos que declaró padecer alguna enfermedad crónica en los últimos doce meses es prácticamente igual al de los sujetos que afirmaron no haber padecido ninguna (48,5% frente al 51,5%).



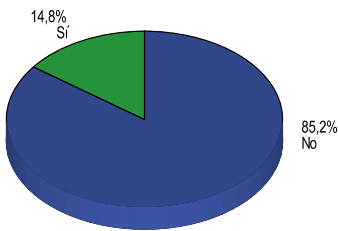
Número de enfermedades crónicas

La media de enfermedades crónicas de los sujetos en los últimos doce meses es de 0,80 (IC95%: 0,79-0,82). Los sujetos que reconocieron padecer una enfermedad crónica representan el 27,0%, los que padecieron dos y tres representan el 14,0% y 5,3% respectivamente, el 1,8% cuatro y los que reconocieron padecer entre cinco y siete enfermedades crónicas no superaron el 1%.



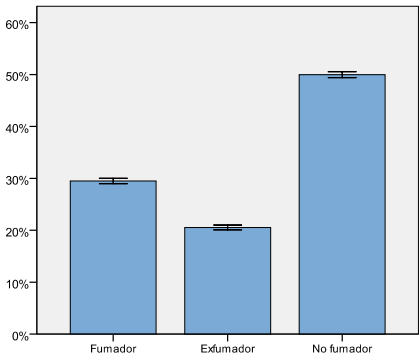
**Reducción de actividad**

La proporción de sujetos que declaró haber reducido su actividad principal por problemas de salud en las dos últimas semanas alcanzó el 14,8%.



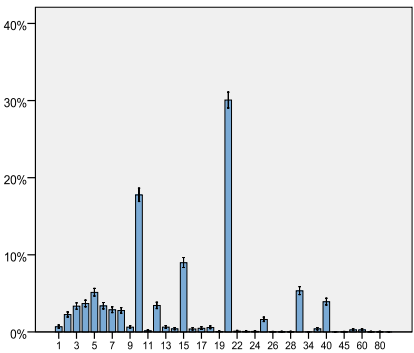
**Consumo de tabaco**

Esta variable recoge si el sujeto entrevistado ha consumido o consume tabaco en el momento de la entrevista. La distribución de los sujetos en las tres categorías consideradas fue la siguiente: el 29,5% reconoce ser fumador, el 20,5% exfumador y el 50,0% afirma no fumar.



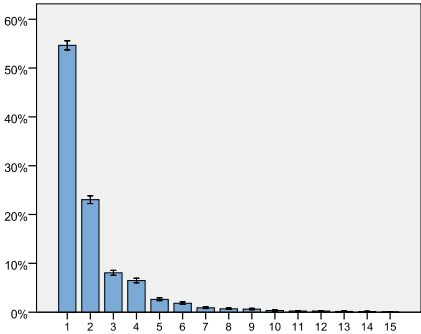
**Tabaco al día**

La media de consumo de cigarrillos/día de los fumadores es de 15,37 (IC95%: 15,16-15,58). Los sujetos que declararon fumar 20 cigarrillos/día representan el 30,1% de la muestra, el 24,8% afirma fumar menos de 10 cigarrillos/día y el 17,8% fumar 10 cigarrillos/día. Prácticamente el mismo porcentaje declara fumar 30 y 40 cigarrillos/día (5,3 y 3,9%).



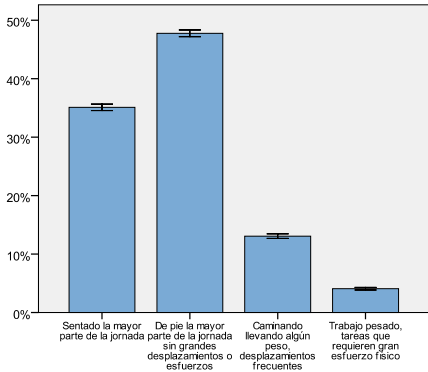
Unidades de bebida estándar

La media de consumo de UBES de los sujetos que reconocieron consumir bebidas alcohólicas es de 1,19 (IC95%: 1,17-1,21). El 54,7% de estos sujetos ingieren 1 ubes/día. El porcentaje de sujetos que ingieren 2 ubes/día es algo más del doble que los que ingieren 3 (22,7 y 10,3%). Los sujetos que reconocen consumir más de 9 ubes/día no superan el 1%.



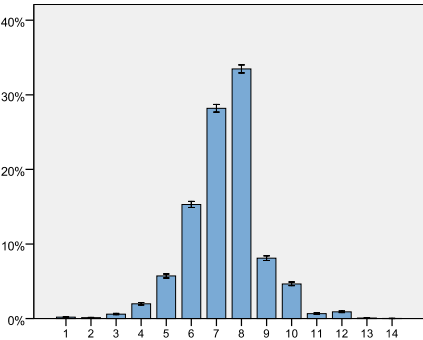
Actividad física

En relación con el ejercicio físico que realiza en su actividad principal, el 35,1% de los encuestados respondió que permanecía sentado la mayor parte de la jornada, el 47,8% que estaba de pie prácticamente toda la jornada pero sin realizar grandes esfuerzos, el 13,1% que caminaba la mayor parte del tiempo llevando algún peso y el 4,1% que desempeñaba un trabajo que requería un gran esfuerzo físico.



Horas de sueño diarias

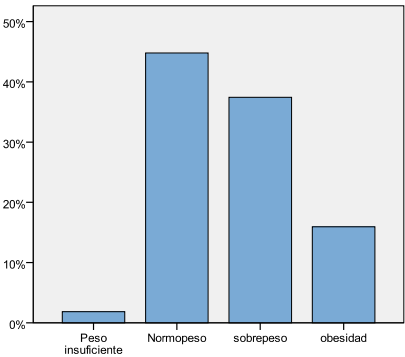
La media de horas de sueño es de 7,35 (IC95%: 7,33-7,36). Los sujetos que reconocen dormir diariamente 8 y 7 h. constituyen el 33,5% y el 28,2% de la muestra. Los que declaran dormir 6 y 9 h. representan el 15,3 y 8,1% y el 2,0% de la muestra afirma dormir menos de 5 h/día.





IMC

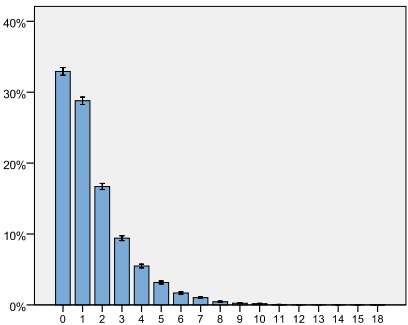
En relación con el índice de masa corporal y en base a las categorías consideradas se observa que el 15,0% de los sujetos entrevistados presenta obesidad y el 36,8% sobrepeso. Con respecto al peso insuficiente, se observa en el 2,1% de la muestra.



Variables dependientes

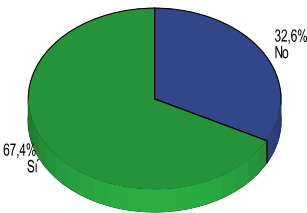
Número de medicamentos consumidos

La media de consumo de medicamentos en los 15 días previos a la entrevista es de 1,53 (IC95%: 1,51-1,55). Algo más de una cuarta parte de los sujetos reconocen estar a tratamiento con un medicamento (28,5%), el 16,5% y el 9,3% de la muestra afirma estar a tratamiento con dos y tres medicamentos y los que reconocen tomar más de 3 prácticamente alcanza el 12% de la población.



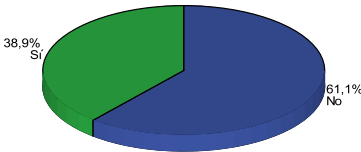
Consumo de un medicamento

El porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido un medicamento en los últimos 15 días es del 67,4% (IC95%: 66,86-67,93).



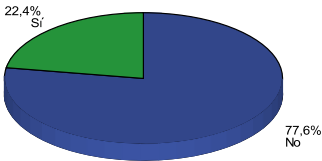
**Consumo de dos medicamentos**

El porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido dos medicamentos en los últimos 15 días es del 38,9% (IC95%: 38,33-39,49).



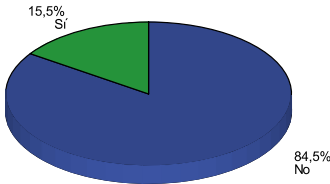
**Consumo de tres medicamentos**

El porcentaje de sujetos que reconoce haber consumido tres medicamentos en los últimos 15 días es del 22,36% (IC95%: 21,88-22,84).



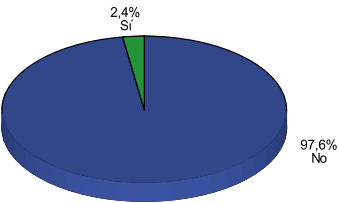
**Consumo de un medicamento no prescrito**

El porcentaje de sujetos que reconoce haberse automedicado en los últimos 15 días es del 15,5% (IC95%: 15,07-15,90).



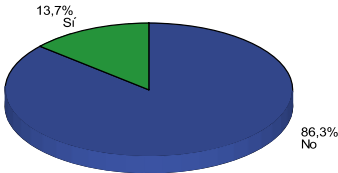
**Consumo de dos medicamentos no prescritos**

El porcentaje de sujetos que reconoce haberse automedicado con al menos dos medicamentos en los últimos 15 días es del 2,4% (IC95%: 2,25-2,60).



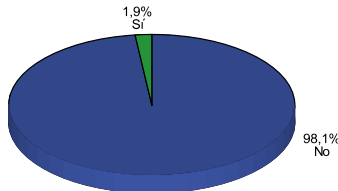
**Automedicación aceptable**

El porcentaje de sujetos que se automedicó en los últimos 15 días de manera aceptable es del 13,7% (IC95%: 12,27-14,06).



**Automedicación inaceptable**

El porcentaje de sujetos que se automedicó en los últimos 15 días de manera inaceptable es del 1,9% (IC95%: 1,70-2,02).

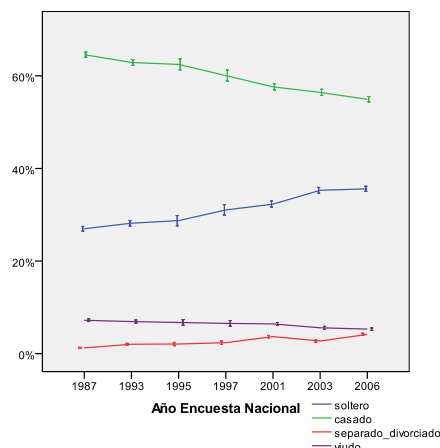


## 7.2.- Descripción de muestras ponderadas por pirámide europea

### 7.2.1.- Características sociodemográficas

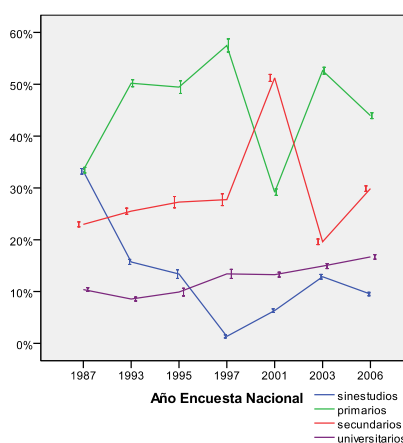
#### Estado civil

Con respecto a la variable estado civil, nos encontramos con una tendencia ascendente tanto para los sujetos solteros: 1987: 26,9% (IC95%: 26,38-27,39); 2006: 35,5% (IC95%: 34,91-36,01) como para los separados/divorciados: 1987=1,2% (IC95%: 1,10-1,35); 2006= 4,2% (IC95%: 3,92-4,38). Situación contraria sucede en el caso de los casados: 1987: 64,4% (IC95%: 63,82-64,94); 2006: 54,7% (IC95%: 54,16-55,30). El porcentaje que representan los viudos prácticamente no varía.



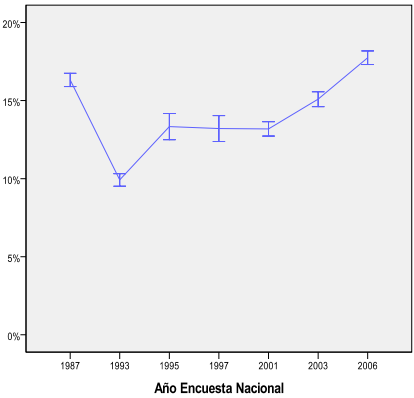
#### Nivel de estudios

En relación con el nivel de estudios, prácticamente tres cuartas partes de la población de todas las encuestas posee estudios primarios y secundarios. El porcentaje de sujetos con estudios universitarios es bajo a pesar de su incremento progresivo desde el año 1993 al 2006: 8,5% (IC95%: 8,12-8,88) y 16,5% (IC95%: 16,11-16,96) respectivamente.



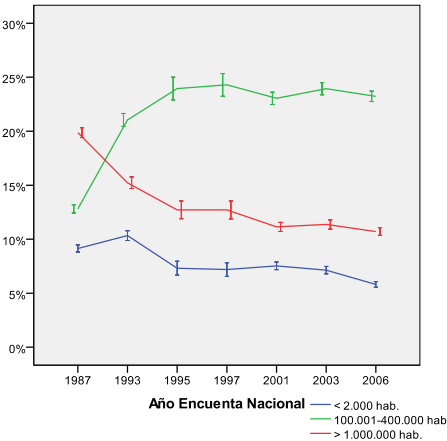
**Seguro médico**

En lo relativo a si los sujetos entrevistados eran titulares o beneficiarios de un seguro médico privado, se observa que en el año 1993 el porcentaje varía considerablemente, con un descenso del 16,1% al 9,9%, y que luego inicia un incremento progresivo hasta alcanzar el 17,6% de la muestra (IC95%: 17,18-18,06) en el año 2006.



**Tamaño del hábitat**

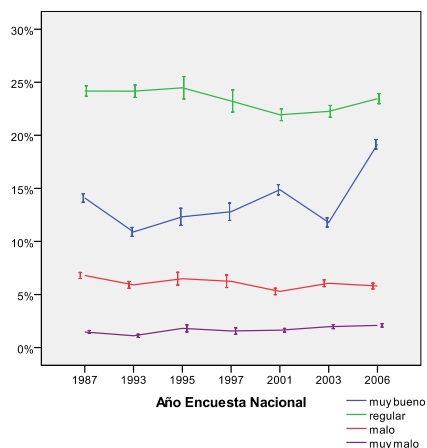
En lo tocante al tamaño del municipio de residencia se observa, por un lado, una tendencia decreciente para los sujetos residentes en ciudades de más de 1.000.000 de habitantes, de manera que en año 1987 estos representaban el 19,9% (IC95%: 19,41-20,33) y en el año 2006 bajan al 10,7% (IC95%: 10,36-11,07); y por otro lado, se evidencia un incremento progresivo en el porcentaje de sujetos residentes en ciudades de entre 100.001 y 400.000 hab., pasando del 12,8% (IC95%: 12,43-13,19) en el año 1987 al 23,2% (IC95%: 22,74-23,71) en el 2006.



### 7.2.2.- Variables independientes

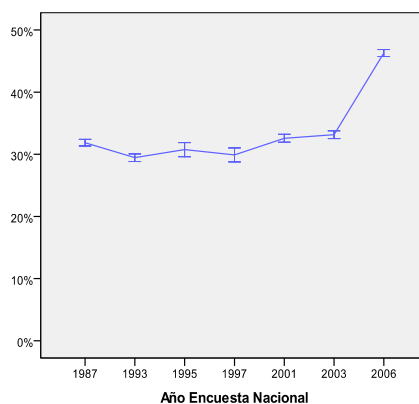
#### Estado de salud

En los resultados obtenidos sobre el estado de salud percibido por los sujetos en el último año, se refleja una tendencia más o menos estable en los porcentajes de los individuos que consideran que su estado de salud es malo, muy malo o regular. Con respecto a la población que considera que su estado de salud es muy bueno se observa una ligera tendencia ascendente y así si en el año 1987 estos representaban el 14,0% (IC95%: 13,62-14,42) en el 2006 pasan a ser el 19,2% (IC95%: 18,71-19,61).



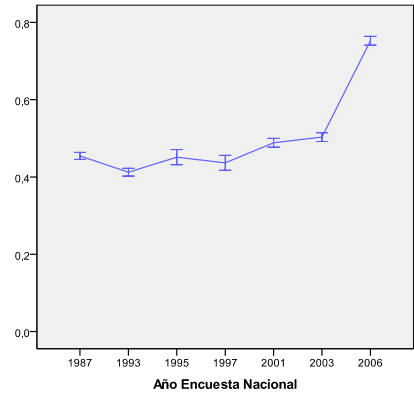
#### Enfermedad crónica

Podemos observar que en el porcentaje de sujetos que reconoce padecer alguna enfermedad crónica en los últimos doce meses se mantiene una tendencia prácticamente constante desde el año 1987 hasta el 2003 (31,9% y 33,2% respectivamente) y que en la población de 2006 asciende significativamente hasta casi alcanzar a la mitad de la población: el 46,3% (IC95%: 45,72-46,86).



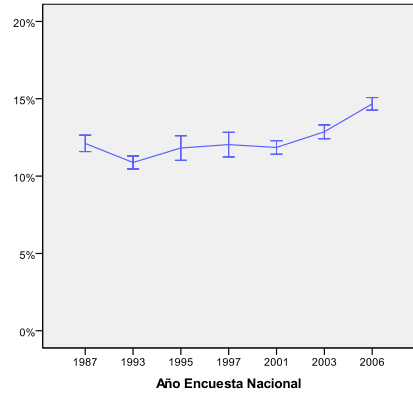
**Número de enfermedades crónicas**

Con respecto a la media de enfermedades crónicas de los sujetos entrevistados, se observa una tendencia prácticamente constante en las seis primeras encuestas, tendencia que se modifica en sentido ascendente en el año 2006. La media de enfermedades crónicas en 1987 fue de 0,45 (IC95%: 0,45-0,46) y en 2006 sube a 0,75 (IC95%: 0,74-0,76).



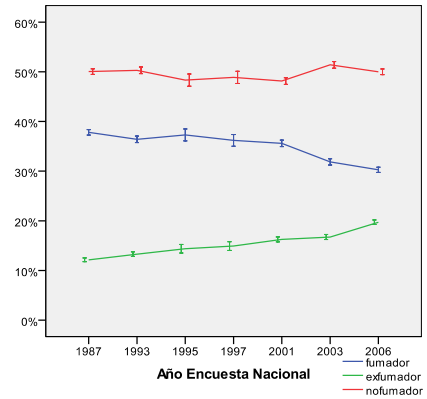
**Reducción de actividad**

En la proporción de sujetos que han reducido su actividad principal por problemas de salud se manifiesta una ligera tendencia ascendente. Así en el año 1987 representaban el 12,9% (IC95%: 11,60-13,14) y en el 2006 el 14,7% (IC95%: 14,27-105,08).



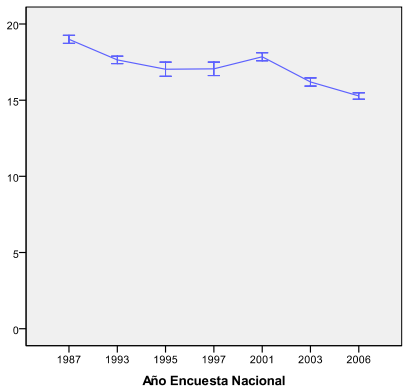
**Consumo de tabaco**

En los resultados se refleja una tendencia más o menos estable en los porcentajes de individuos no fumadores. Por otro lado, se observa una ligera tendencia decreciente en aquellos que se declaran fumadores: si en el año 1987 estos representaban el 37,5% (IC95%: 36,98-38,09) pasan a ser el 30,3% (IC95%: 29,75-30,81) de la población en el año 2006.



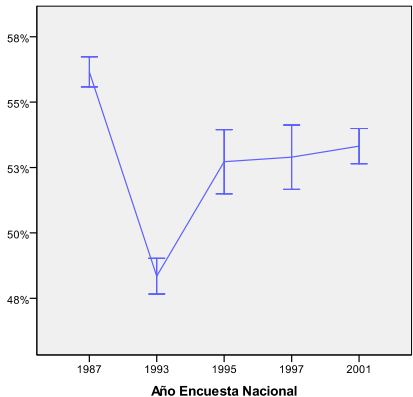
**Tabaco al día**

En relación con la media del consumo de cigarrillos/día de los sujetos fumadores en el momento de la entrevista, se observa una ligera tendencia decreciente, disminuyendo este en 4 cigarrillos. En el año 1987 los sujetos fumaban una media de 18,99 cigarrillos/día (IC95%: 18,73-19,25) y 15,27 (IC95%: 15,06-15,48) en el 2006.



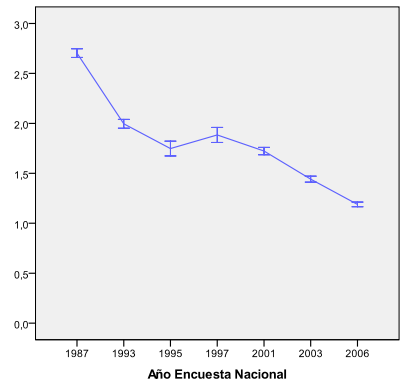
**Consumo de alcohol**

A los sujetos entrevistados se les preguntó si habían consumido algún tipo de bebida alcohólica, independientemente de su graduación, en las dos últimas semanas. Hay que señalar que en las ENSE de 2003 y 2006 esta variable fue modificada, ya que en ellas se preguntaba por el consumo de alcohol en el último año. Así, con los datos de los que disponemos hasta 2001 se observa una tendencia prácticamente estable, con excepción del año 1993 en donde el porcentaje desciende significativamente al 47,1% (IC95%: 46,41-47,76).



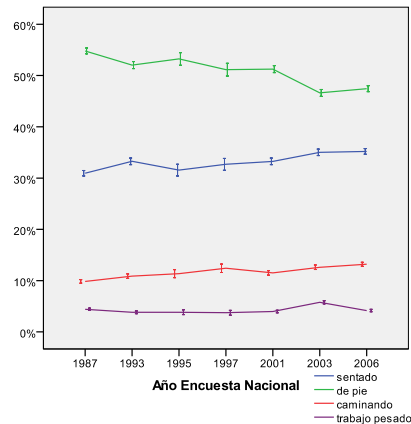
### Unidades de bebida estándar

Con respecto a la media de consumo de UBES de los sujetos que reconocieron consumir bebidas alcohólicas, observamos una clara tendencia decreciente, de manera que en el año 1987 esta ascendía a 2,703 ubes/día (IC95%: 2,659-2,747) y en el año 2006 se reduce más de la mitad, llegando a 1,189 ubes/día (IC95%: 1,166-1,212).



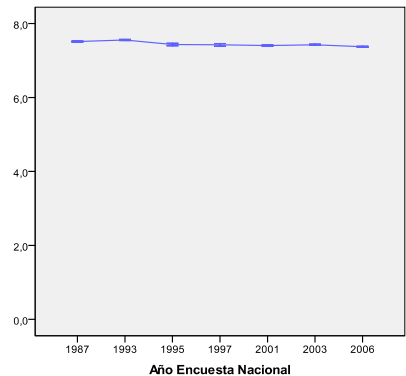
### Actividad física

Se observa una tendencia más o menos estable en los porcentajes de individuos que permanecen sentados la mayor parte de la jornada, en los que llevan a cabo desplazamientos frecuentes y en los que realizan trabajos pesados. Con respecto a la población que pasa la mayor parte de la jornada laboral de pie se observa una tendencia decreciente: en el año 1987 estos representaban el 51,3% de la población (IC95%: 53,75-58,89) y en el año 2006 el 46,5% (IC95%: 45,96-47,10).



### Horas de sueño

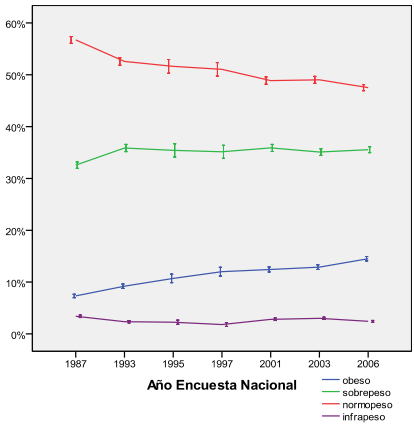
Con respecto a la media de horas que duermen al día los sujetos podemos observar una ligera tendencia decreciente, ya que se reduce en 15 minutos al comparar la media de horas de sueño diario de la población de 1987: 7,51 (IC95%: 7,50-7,53) con la de 2006: 7,37 (IC95%: 7,36-7,39).





IMC

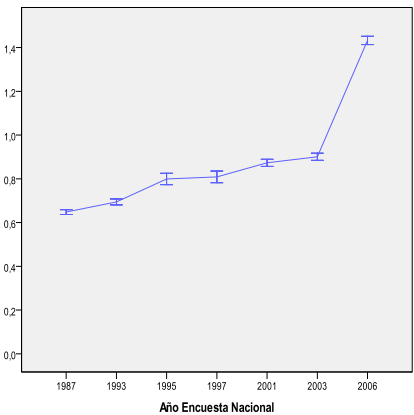
En los resultados sobre el IMC se refleja una tendencia más o menos estable en los porcentajes de población con sobrepeso, normopeso e infrapeso. Con respecto al porcentaje de obesos, se observa una evidente tendencia ascendente: el año 1987 estos representaban el 5,6% de la población (IC95%: 5,31-5,84) y en el año 2006 ascienden al 13,4% (IC95%: 13,01-13,79).



7.2.3.- Variables dependientes

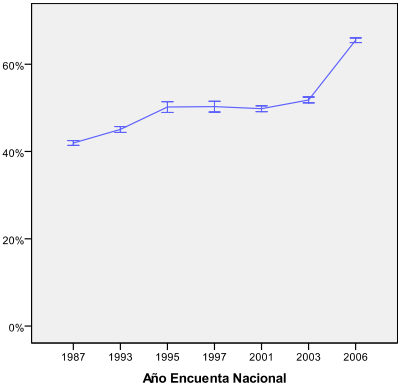
Número de medicamentos consumidos

Con respecto a la media del número de medicamentos consumidos en los últimos 15 días se observa una ligera tendencia creciente hasta el año 2003 que aumenta de manera considerable en el año 2006; así en 2003 se obtiene una media de 0,90 (IC95%: 0,88-0,92) y en 2006 de 1,43 (IC95%:1,41-1,45). Este incremento puede ser explicado en parte porque en el año 2006 se computan más medicamentos.



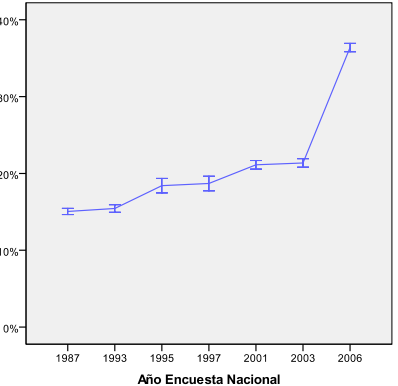
**Consumo de un medicamento**

En la proporción de sujetos que consumieron un medicamento en los últimos 15 días se manifiesta una ligera tendencia ascendente desde el año 1987 hasta 1995, que se mantiene más o menos estable hasta el año 2003 y que despunta considerablemente en el 2006. Así, en el año 1987 representaban el 42,0% (IC95%: 41,39-42,52), en 2003 el 50,8% (IC95%: 51,14-52,48) y en 2006 el 65,5% (IC95%: 64,95-66,04).



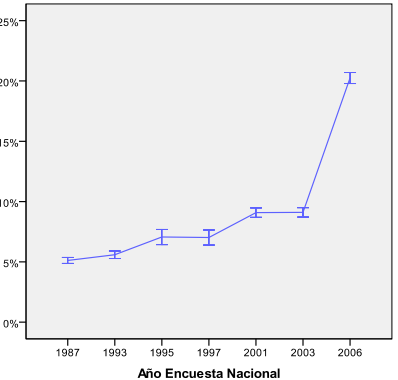
**Consumo de dos medicamentos**

En la proporción de sujetos que consumieron dos medicamentos en los últimos 15 días se manifiesta una ligera tendencia ascendente desde el año 1987 hasta el año 2003 que se ve incrementa considerablemente en el 2006, de manera que en el año 1987 representaban el 15,1% (IC95%: 14,64-15,46) y en el 2006 el 36,4% (IC95%: 35,84-36,94) de la población.



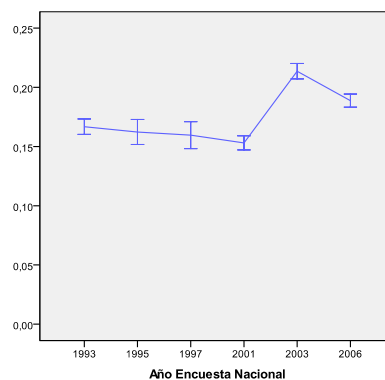
**Consumo de tres medicamentos**

En la proporción de sujetos que consumieron tres medicamentos en los últimos 15 días se observa una ligera tendencia ascendente hasta el año 2003 y que en el año 2006 la proporción duplica a la de la encuesta anterior. En el año 2003 representaban el 9,1% (IC95%: 8,71-9,49) y en el 2006 el 20,3% (IC95%: 19,84-36,94) de la población.



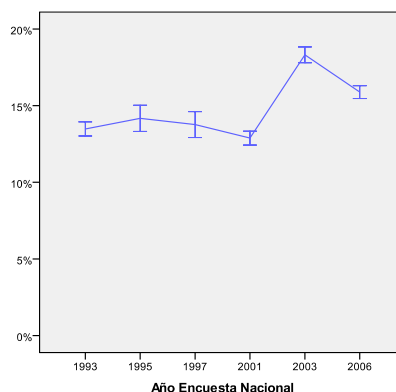
### Número de medicamentos consumidos no prescritos

Observamos una media con tendencia estable hasta el año 2001, en el 2003 esta aumenta para disminuir ligeramente en el 2006. En el año 2001 se obtiene una media de 0,15 (IC95%: 0,15-0,16), en el año 2003 de 0,21 (IC95%: 0,21-0,22) y en 2006 la media es de 0,19 (IC95%: 0,18-0,19).



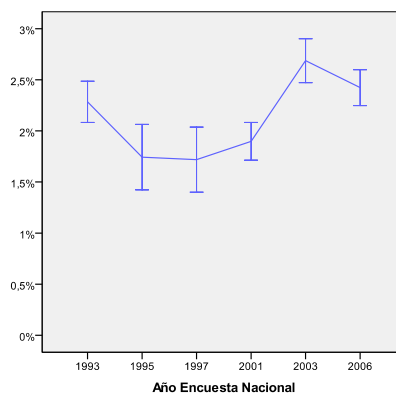
### Consumo de un medicamento no prescrito

Se manifiesta una tendencia más o menos estable hasta el año 2001 (13,5% ;12,9%), en el año 2003 la proporción asciende hasta el 18,3% (IC95%:17,80-18,83) y en el año 2006 la tendencia se invierte, alcanzando una proporción del 15,9% (IC95%: 15,43-16,26)



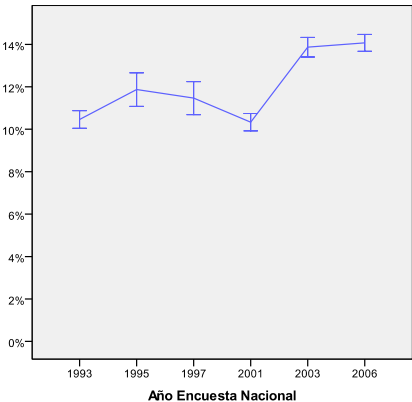
### Consumo de dos medicamentos no prescritos

En la proporción de sujetos que se automedicaron con dos medicamentos en los últimos 15 días se manifiesta una tendencia decreciente hasta el año 1997, luego esta tendencia se invierte hasta el 2003 y en el 2006 decrece ligeramente. En el 1993 representan el 2,3% de la muestra, en 2001 el 1,9% y en 2003 el 2,7% (IC95%: 2,47-2,91).



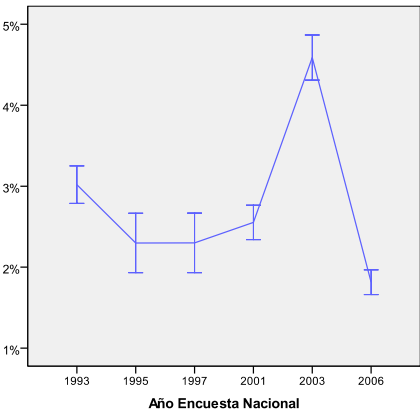
**Automedicación aceptable**

En la proporción de sujetos que se automedicaron en los últimos 15 días de manera aceptable se manifiesta una tendencia decreciente hasta el año 2001, luego esta tendencia se invierte hasta el 2003 y en 2006 apenas varía. En el 1995 representan el 11,9% de la muestra, en 2001 el 10,3% y en 2003 el 13,9% (IC95%: 13,40-14,33).



**Automedicación inaceptable**

En la proporción de sujetos que se automedicaron en los últimos 15 días de manera inaceptable se manifiesta una tendencia decreciente hasta el año 2001, que se invierte en el 2003 y desciende significativamente en 2006. En el 1993 representan el 3,0% de la muestra, en 2003 el 4,6% y en 2006 el 1,8% (IC95%: 1,66-1,97).

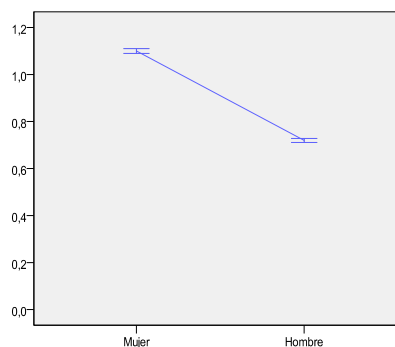


### 7.3.- Análisis bivariante

#### 7.3.1.- Número de medicamentos consumidos

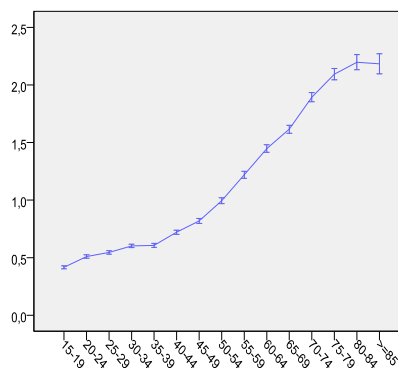
##### Sexo

La media de consumo de medicamentos en los hombres es de 1,10 y en las mujeres de 0,72. La diferencia de medias observada -0,38 (IC95%: 0,37 - 0,39)-, sugiere que los hombres consumen menos medicamentos que las mujeres.



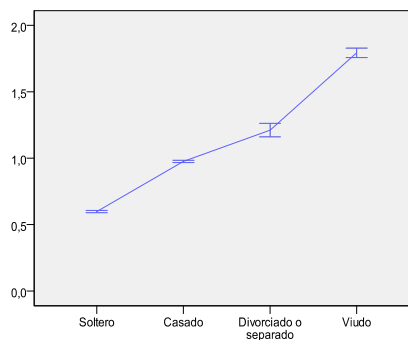
##### Edad

La media de consumo de medicamentos en función de la edad es creciente y parece que se sugieren dos pendientes. La primera abarca desde los 15-19 años hasta los 35-49 años con medias de 0,42 y 0,61 respectivamente; en la segunda, que abarca desde los 40-44 años hasta los 80-84 años, se observa una diferencia de medias mayor: 0,72 y 2,20.



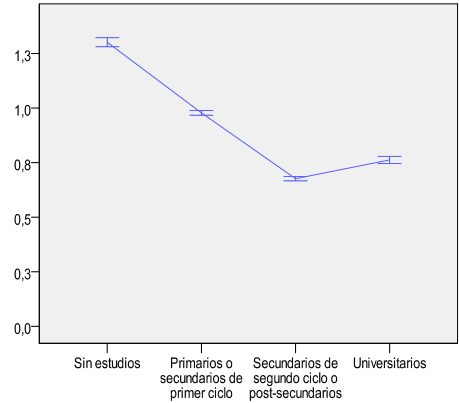
##### Estado civil

El número de medicamentos consumidos en los 15 últimos días cambia en función del estado civil. Así los solteros consumen una media de 0,38 medicamentos (IC95%: 0,37-0,39), los casados 0,97 (IC95%: 0,96-0,98), 1,21 (IC95%: 1,16-1,26) los separados y 1,79 (IC95%: 1,76-1,83) los viudos.



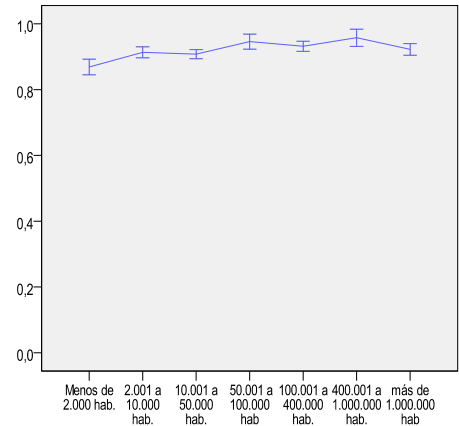
**Nivel de estudios**

El número medio de medicamentos consumidos cambia en función del nivel de estudios. Los sujetos sin estudios consumen una media de medicamentos de 1,30 (IC95%: 1,28-1,32), los que han cursado estudios primarios de 0,98 (IC95%: 0,97-0,99), los que poseen estudios secundarios de 0,67 (IC95%: 0,66-0,68) y los universitarios 0,76 (IC95%: 0,75-0,78).



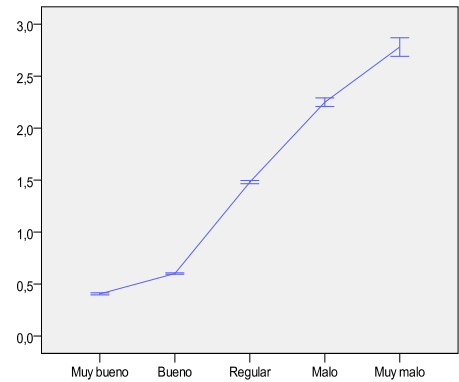
**Tamaño del hábitat**

El número medio de medicamentos consumidos cambia en función del tamaño del municipio. En poblaciones con menos de 2.000 habitantes la media de consumo es 0,87 (IC95%: 0,84 -0,89), mientras que en las de 50.001-100.000 habitantes es 0,94 (IC95%: 0,92-0,97) y en aquellas de entre 400.001 y 1.000.000 es de 0,96 (IC95%: 0,93-0,98).



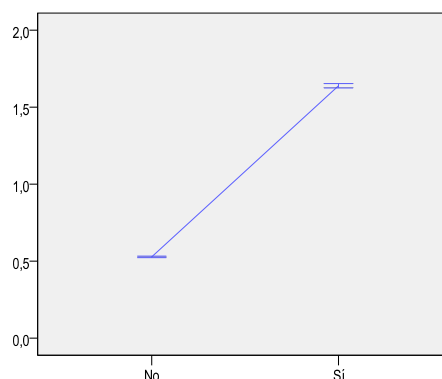
**Estado de salud**

La media de medicamentos consumidos en los sujetos que perciben su estado de salud como muy bueno es de 0,41 (IC95%: 0,40-0,42), mientras que la de los que perciben su salud como muy mala es de 2,78 (IC95%: 2,69-2,87). El estado de salud percibido por el sujeto en el último año muestra asociación con el consumo de medicamentos ( $p<0.001$ ).



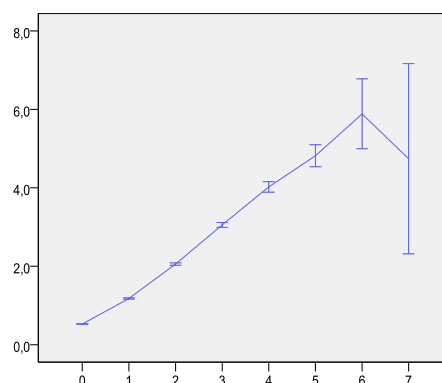
### Enfermedad crónica

La media de consumo de medicamentos en los sujetos que declararon padecer alguna enfermedad crónica en el último año es de 1,64 y en los que afirman no tener ninguna es de 0,53. La diferencia de medias observada, - 1,11 (IC95%: -1,13; -1,10) ha resultado ser estadísticamente significativa ( $p<0.001$ ).



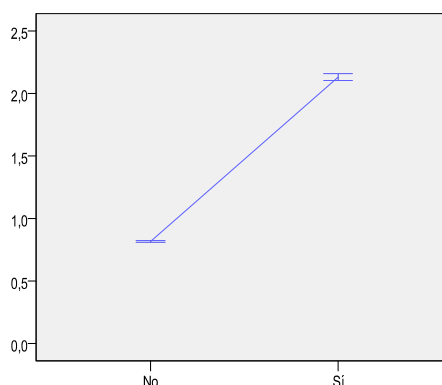
### Número de enfermedades crónicas

El análisis Anova, muestra que el número de enfermedades crónicas modifica el consumo medio de medicamentos ( $p<0.001$ ). Los resultados sugieren que el aumento de enfermedades aumenta la media de consumo de medicamentos. Se observa que el grupo que declara padecer una enfermedad crónica tiene una media de 1,18 (IC95%: 1,17-1,19) medicamentos consumidos y la de los que declaran padecer seis 5,89 (IC95%: 4,99-6,78).



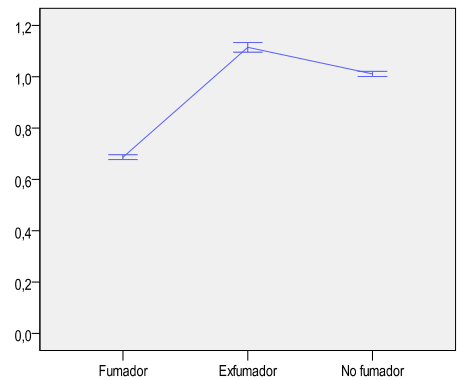
### Reducción de actividad

La media de consumo de medicamentos en los sujetos que declararon haber reducido su actividad principal por problemas de salud es de 2,13 frente al 0,82 de los que no la redujeron. La diferencia de medias, - 1,32 (IC95%: -1,34; -1,29) resulta estadísticamente significativa ( $p<0.001$ ).



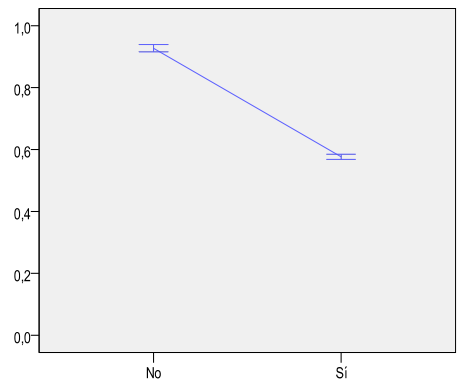
**Consumo de tabaco**

El número medio de medicamentos consumidos en los sujetos cambia en función del si el sujeto es fumador, exfumador o no fumador ( $p<0.001$ ). Así nos encontramos con que los sujetos exfumadores consumen más medicamentos que los no fumadores y los fumadores.



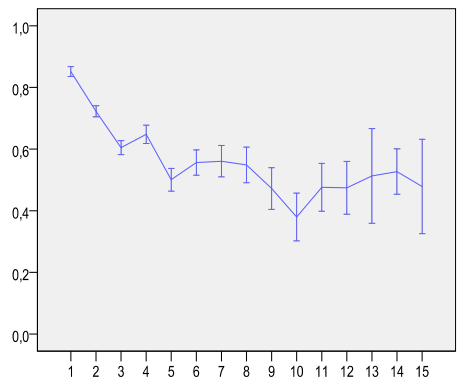
**Consumo de alcohol**

La media de consumo de medicamentos en los sujetos que han declarado consumir alcohol en las dos últimas semanas es de 0,58 y la de los que lo niegan es de 0,93. La diferencia de medias observada, 0,35 (IC95%: 0,34-0,37) ha resultado ser estadísticamente significativa ( $p<0.001$ ).



**Unidades de bebida estándar**

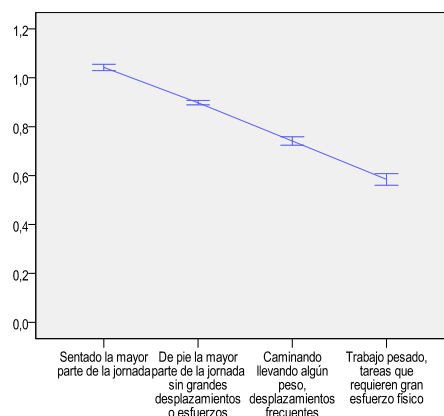
El consumo de unidades de bebida estándar de los sujetos modifica el consumo medio de medicamentos ( $p<0.001$ ). Los resultados sugieren que el incremento de ubes ingeridas disminuye la media de consumo de medicamentos en los sujetos.





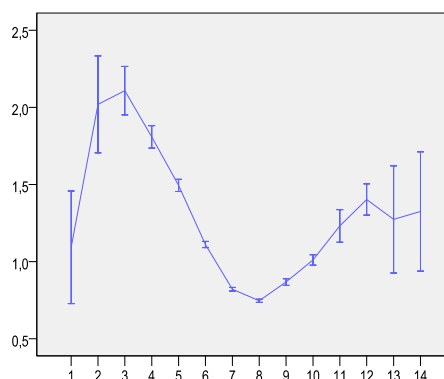
### Actividad física

El número medio de medicamentos consumidos en los sujetos cambia en función del ejercicio físico que realicen en su actividad principal ( $p<0.001$ ). Así observamos que los sujetos que permanecen sentados la mayor parte de su jornada tienen una media mayor, 1,04 (IC95%: 1,03-1,06), que los que realizan trabajos pesados, 0,58 (IC95%: 0,56-0,61).



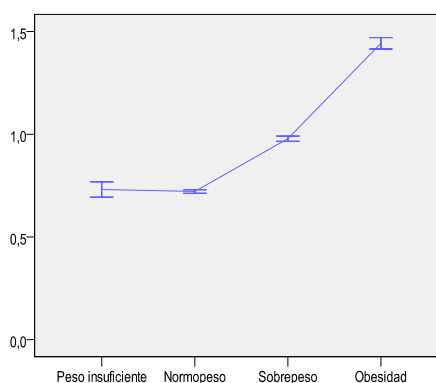
### Horas de sueño diarias

Tal y como muestra el análisis Anova, el número de horas que duermen al día los sujetos modifica el consumo medio de medicamentos ( $p<0.001$ ). Los resultados sugieren que dormir 8 horas minimiza el consumo de medicamentos en los sujetos.



### IMC

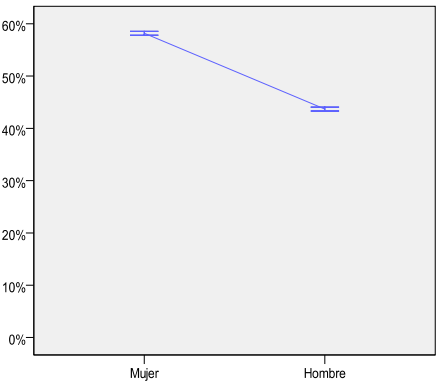
El índice de masa corporal modifica el consumo de medicamentos ( $p<0.001$ ). La media de medicamentos consumidos en los sujetos con normopeso es de 0,72 (IC95%: 0,69-0,77), mientras que la de los obesos es de 1,44 (IC95%: 1,42-1,47).



**7.3.2.- Proporción de sujetos que han consumido medicamentos**

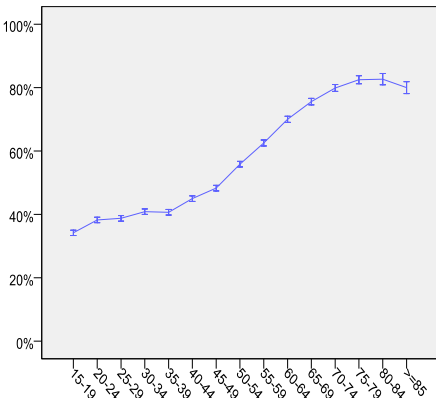
**Sexo**

El porcentaje de mujeres que han consumido medicamentos en los últimos 15 días se sitúa en el 58,2% (IC95%: 57,82-58,55), mientras que en los hombres el valor se sitúa en el 43,7% (IC95%: 43,31-44,07).



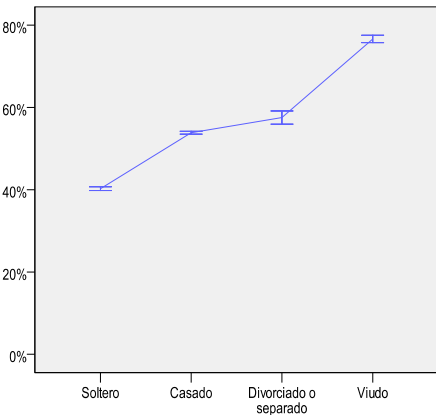
**Edad**

El porcentaje de sujetos que ha consumido medicamentos en los últimos 15 días con edades comprendidas entre 15-19 años es del 34,2%, el de los que tienen entre 45-49 años es del 48,3% y el de los que tienen entre 80-84 años alcanza el 82,6%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican que hay una tendencia creciente positiva entre la edad y la probabilidad de consumo de medicamentos ( $p < 0.001$ ).



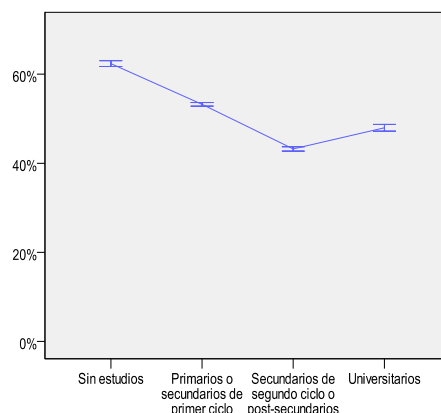
**Estado civil**

Han consumido medicamentos en los últimos 15 días el 40,3% de los solteros, el 53,9% de los casados, el 57,5% de los separados y el 76,7% de los viudos. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una tendencia creciente positiva entre el estado civil y la probabilidad de consumo de medicamentos ( $p < 0.001$ ).



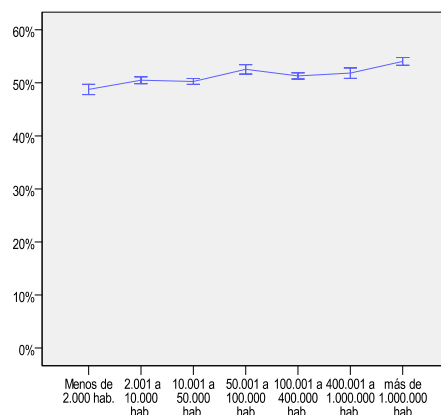
### Nivel de estudios

El 62,4% de los sujetos sin estudios han consumido medicamentos en los últimos 15 días, mientras que entre los sujetos con estudios secundarios este porcentaje se reduce al 43,2%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican una relación significativa entre el consumo de medicamentos y el nivel de estudios ( $p < 0.001$ ).



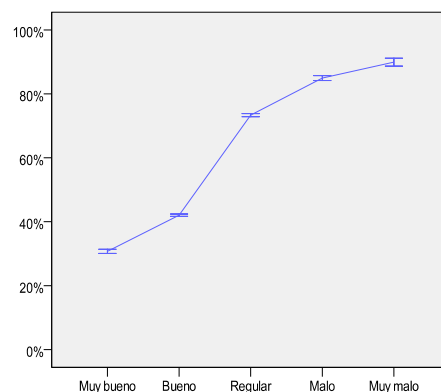
### Tamaño del hábitat

El 48,8% de los sujetos que residen en poblaciones con menos de 2.000 hab. han consumido medicamentos en los últimos 15 días, porcentaje que se incrementa en 5 puntos en el caso de los residentes en poblaciones de más de 1.000.000 de hab. (54,0%). Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican una tendencia creciente positiva entre el tamaño del hábitat y la probabilidad de consumo de medicamentos ( $p < 0.001$ ).



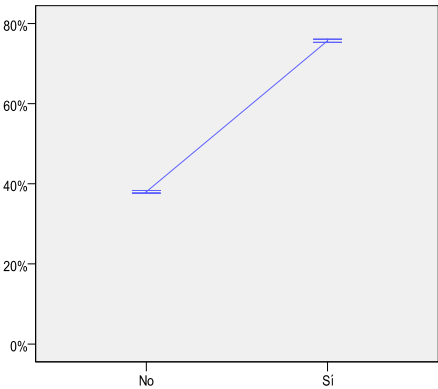
### Estado de salud

El porcentaje de sujetos que han consumido medicamentos y que perciben su estado de salud como muy bueno es del 30,7%, mientras que el de los que lo perciben como muy malo es del 89,9%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican una tendencia creciente positiva entre el estado de salud percibido y la probabilidad de consumo de medicamentos ( $p < 0.001$ ).



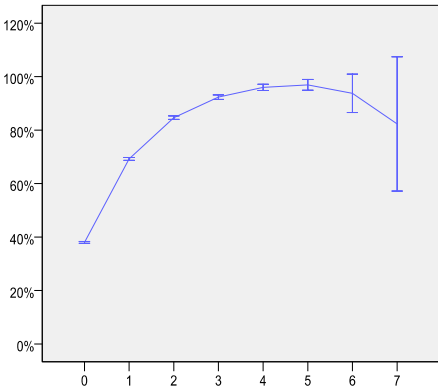
**Enfermedad crónica**

El porcentaje de sujetos con enfermedades crónicas que han consumido medicamentos en los últimos 15 días se sitúa en el 75,7% (IC95%: 75,31-76,08), mientras que en los que declaran no padecer ninguna el valor se sitúa en el 38,0% (IC95%: 37,69-38,33).



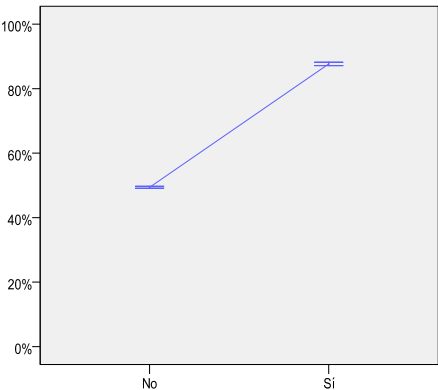
**Número de enfermedades crónicas**

El porcentaje de sujetos que han consumido medicamentos y que padecen 1 enfermedad crónica es del 69,2% mientras que el de los que padecen 6 es del 93,6%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican que hay una tendencia creciente entre el número de enfermedades crónicas y la probabilidad de consumo de medicamentos ( $p < 0.001$ ).



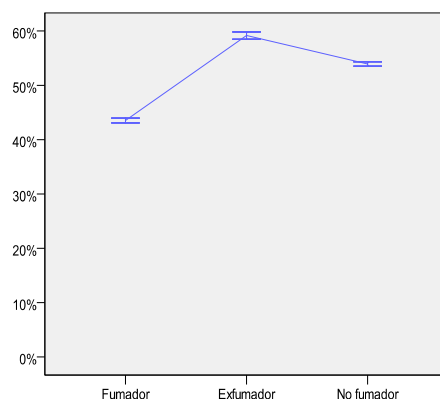
**Reducción de actividad**

El porcentaje de sujetos que han reducido su actividad principal por problemas de salud y que han consumido medicamentos en los últimos 15 días se sitúa en el 87,7% (IC95%: 87,14-88,19), frente al 49,4% (IC95%: 49,11-49,71) que afirman no haberla reducido.



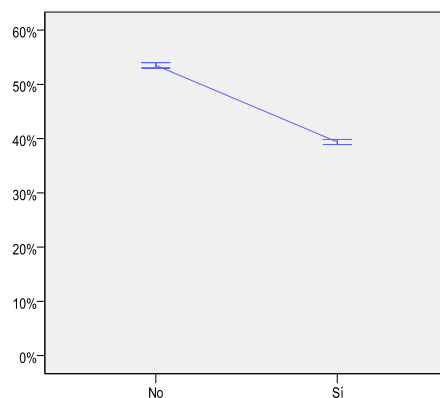
### Consumo de tabaco

El porcentaje de sujetos que han consumido medicamentos en los últimos 15 días y que se declaran fumadores es del 43,5%, mientras que el de los que afirman no fumar es del 52,5. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una relación estadísticamente significativa entre el consumo de medicamentos y de tabaco ( $p<0.001$ ).



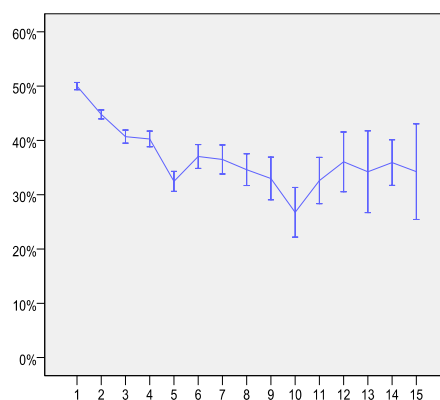
### Consumo de alcohol

El porcentaje de sujetos que han consumido alcohol y medicamentos en los últimos 15 días se sitúa en el 39,4% (IC95%: 38,91-39,83), mientras que el de los que afirman no haber consumido alcohol es del 53,5% (IC95%: 53,01-54,01).



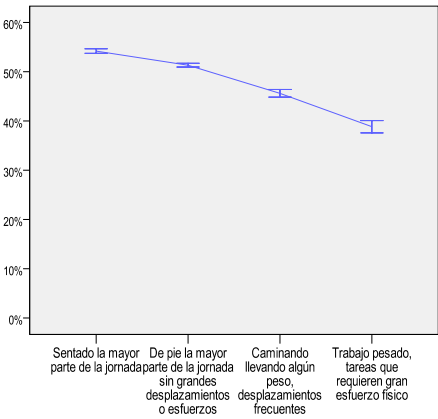
### Unidades de bebida estándar

El porcentaje de sujetos que han consumido medicamentos y que ingieren 1 udes/día es del 50,0% mientras que el de los que ingieren 15 es del 33,9%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una relación estadísticamente significativa entre el consumo de medicamentos y la ingesta de alcohol ( $p<0.001$ ).



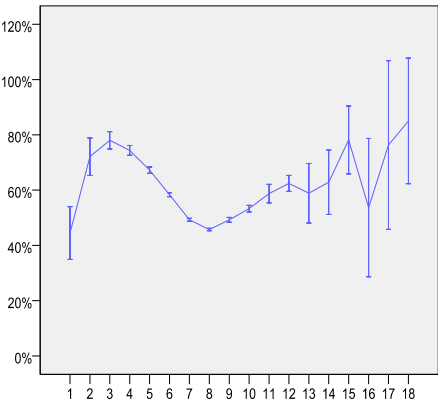
Actividad física

El 54,2% de los sujetos que permanecen sentados la mayor parte de la jornada han consumido medicamentos en los últimos 15 días, porcentaje que disminuye en 15 puntos porcentuales en el caso de los que realizan trabajos que requieren gran esfuerzo físico (38,8%). Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican una relación significativa entre el consumo de medicamentos y la actividad física ( $p<0.001$ ).



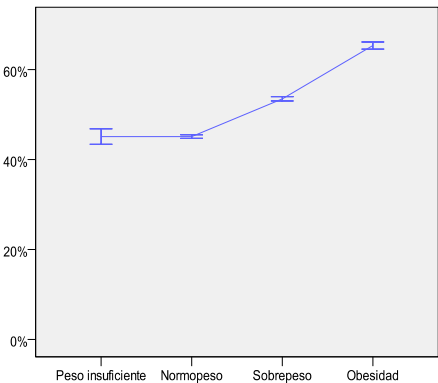
Horas de sueño diarias

El porcentaje de sujetos que ha consumido medicamentos en los últimos 15 días y que declara dormir 2 h/día es del 72,1%, el de los que duermen 8 horas es del 45,7% y el de los que afirman dormir 18 horas es del 84,6%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una relación estadísticamente significativa entre el consumo de medicamentos y las horas de sueño diarias ( $p<0.001$ ).



IMC

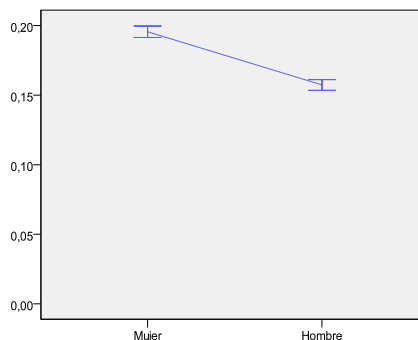
El porcentaje de sujetos que han consumido medicamentos en los últimos 15 días y tienen normopeso es del 45,1%, mientras que el de los que padecen obesidad es del 65,4%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican que hay una tendencia creciente positiva entre el IMC y la probabilidad de consumo de medicamentos ( $p<0.001$ ).



### 7.3.3.- Número de medicamentos consumidos no prescritos

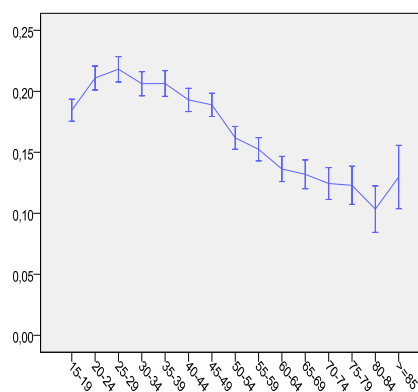
#### Sexo

La media de consumo de medicamentos en los hombres es de 0,16 y en las mujeres es de 0,20. La diferencia de medias observada, 0,04 (IC95%: 0,03-0,05), sugiere que los hombres consumen menos medicamentos que las mujeres.



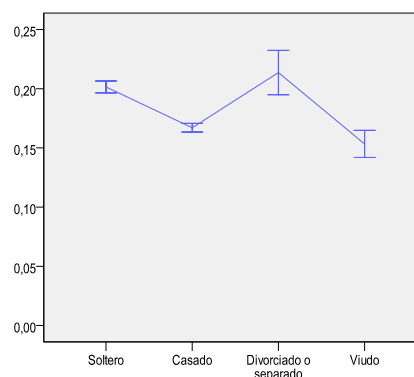
#### Edad

En la media de consumo de medicamentos sin receta se manifiesta una tendencia creciente en los sujetos más jóvenes con edades comprendidas entre los 15-19 años hasta los 25-30 años (0,18 y 0,22 respectivamente). A partir de 30 años esta tendencia se invierte convirtiéndose en decreciente: los individuos con edades comprendidas entre los 30-34 años tienen una media de 0,21 y esta disminuye progresivamente hasta llegar a 0,13 en los sujetos de 80-84 años.



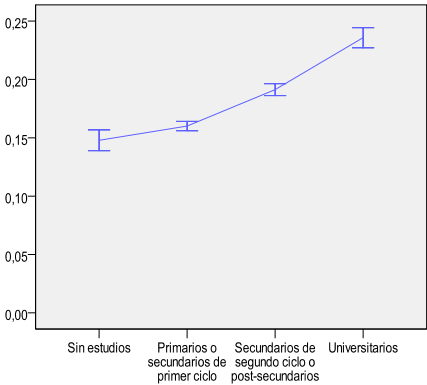
#### Estado civil

El número de medicamentos autoconsumidos en los últimos 15 días cambia en función del estado civil. Así los solteros presentan una media de 0,20 (IC95%: 0,20-0,21), los casados de 0,17 (IC95%: 0,16-0,17), los separados de 0,21 (IC95%: 0,10-0,23) y 0,15 (IC95%: 0,14-0,16) los viudos.



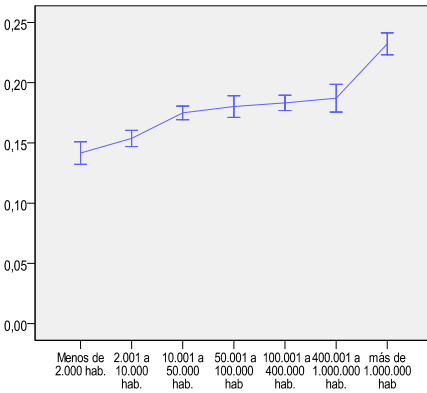
**Nivel de estudios**

El número de medicamentos autoconsumidos cambia en función del nivel de estudios, de manera que observamos que los sujetos sin estudios consumen una media de medicamentos de 0,15 (IC95%: 0,14-0,16), los que han cursado estudios primarios de 0,16 (IC95%: 0,16-0,16), los que poseen estudios secundarios de 0,19 (IC95%: 0,19-0,20) y los universitarios de 0,24 (IC95%: 0,23-0,24).



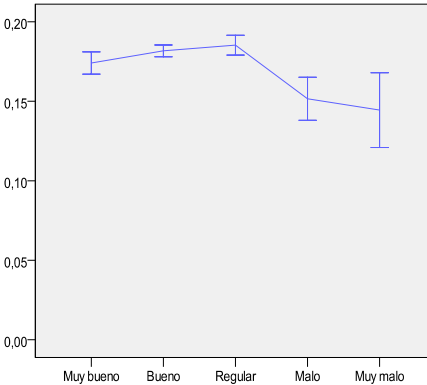
**Tamaño del hábitat**

El número de medicamentos autoconsumidos cambia en función del tamaño del municipio. En poblaciones con menos de 2.000 habitantes la media de consumo es 0,14 (IC95%: 0,13-0,15), mientras que en las de 50.001-100.000 habitantes es 0,18 (IC95%: 0,17-0,19) y en aquellas de entre 400.001 y 1.000.000 es de 0,19 (IC95%: 0,18-0,20).



**Estado de salud**

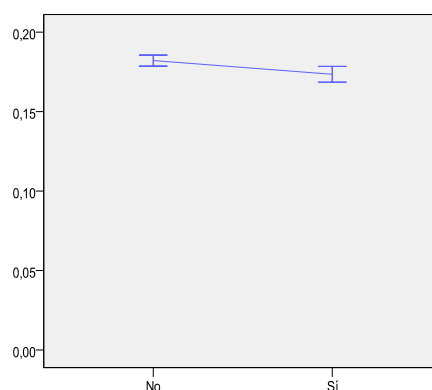
La media de medicamentos autoconsumidos en los sujetos que perciben su estado de salud como muy bueno es de 0,17 (IC95%: 0,17-0,18), mientras que la de los que perciben su salud como muy mala es de 0,14 (IC95%: 0,12-0,17). El estado de salud percibido muestra asociación con el autoconsumo de medicamentos ( $p<0.001$ ).





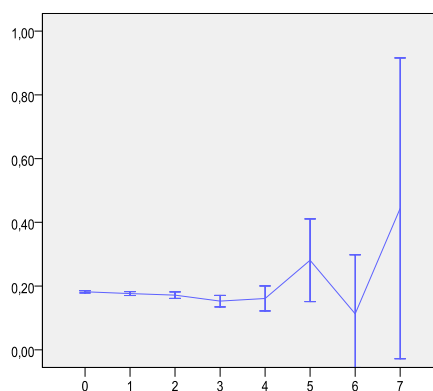
### Enfermedad crónica

La media de autoconsumo de medicamentos en los sujetos que declararon padecer alguna enfermedad crónica en el último año es de 0,17 y en los que afirman no tener ninguna es de 0,18. La diferencia de medias observada, 0,009 (IC95%:0,009-0,005), ha resultado ser estadísticamente significativa ( $p=0.005$ ).



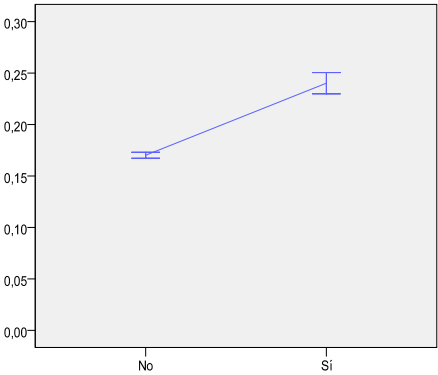
### Número de enfermedades crónicas

Tal y como muestra el análisis Anova, el número de enfermedades crónicas modifica el consumo medio de medicamentos ( $p<0.001$ ). Los resultados sugieren que padecer cinco y siete enfermedades aumenta la media de autoconsumo de medicamentos en los sujetos. Se observa que el grupo que declara padecer una enfermedad crónica tiene una media de 0,18 (IC95%: 0,17-0,18), la de los que declaran padecer cuatro es de 0,16 (IC95%: 0,12-0,20) y la de los que declaran padecer cinco es de 0,28 (IC95%: 0,1-0,41).



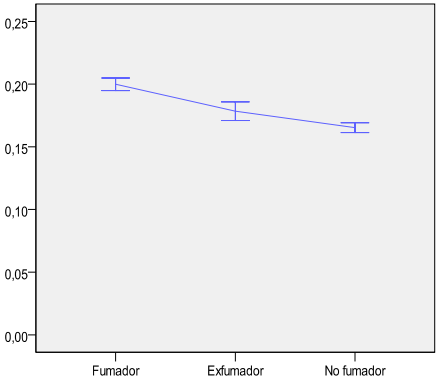
**Reducción de actividad**

La media de autoconsumo de medicamentos en los sujetos que declararon haber reducido su actividad principal por problemas de salud en los últimos 15 días es de 0,24 y en los que afirman no haber reducido su actividad por problemas de salud es de 0,17. La diferencia de medias observada, - 0,07 (IC95%: -0,08;-0,06), ha resultado ser estadísticamente significativa ( $p<0.001$ )



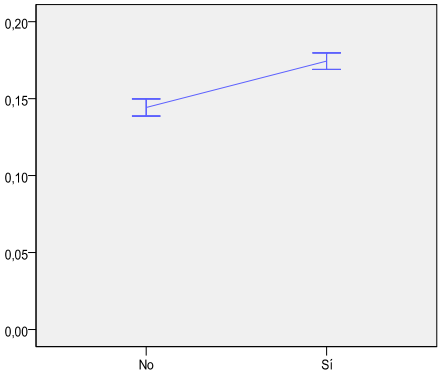
**Consumo de tabaco**

El número medio de medicamentos autoconsumidos en los sujetos cambia en función del si el sujeto es fumador, exfumador o no fumador ( $p<0.001$ ). Así se observa que los sujetos fumadores consumen más medicamentos que los no fumadores; 0,20 (IC95%: 0,19-0,20) y 0,17 (IC95%: 0,16-0,17) respectivamente.



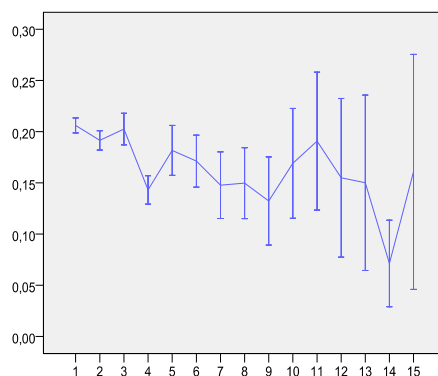
**Consumo de alcohol**

La media de autoconsumo de medicamentos en los sujetos que han declarado consumir alcohol en los últimos 15 días es de 0,17 y la de los que lo niegan es de 0,14. La diferencia de medias observada, - 0,03 (IC95%: -0,04;-0,02), ha resultado ser estadísticamente significativa ( $p<0.001$ ).



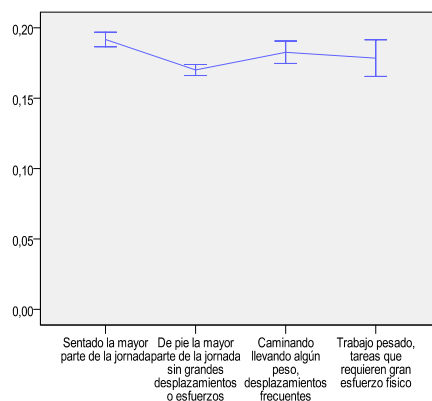
### Unidades de bebida estándar

El consumo de ubes de los sujetos modifica el consumo de automedicación ( $p<0.001$ ). Los resultados sugieren que el incremento de unidades de bebida estándar ingeridas disminuye la media de automedicación en los sujetos.



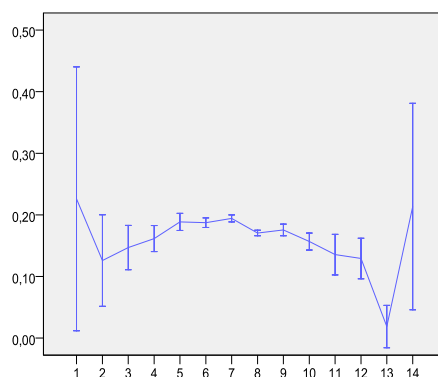
### Actividad física

El número medio de medicamentos autoconsumidos en los sujetos cambia en función del ejercicio físico que realice en su actividad principal ( $p<0.001$ ). Así, los sujetos que permanecen sentados la mayor parte de su jornada tienen una media mayor de consumo, 0,19 (IC95%: 0,19-0,20), que los que permanecen de pie la mayor parte de la jornada, 0,17 (IC95%: 0,17-0,17).



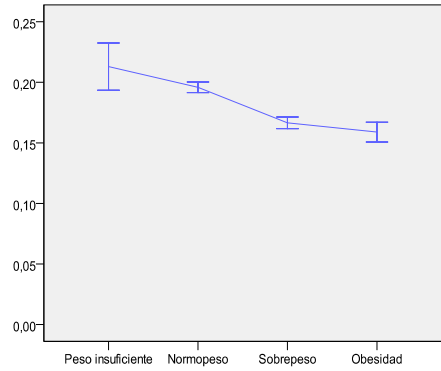
### Horas de sueño diarias

Tal y como muestra el análisis Anova, el número de horas que duermen al día los sujetos modifica el consumo medio de medicamentos ( $p<0.001$ ). Los resultados sugieren que dormir 8 horas minimiza el consumo de medicamentos en los sujetos.



**IMC**

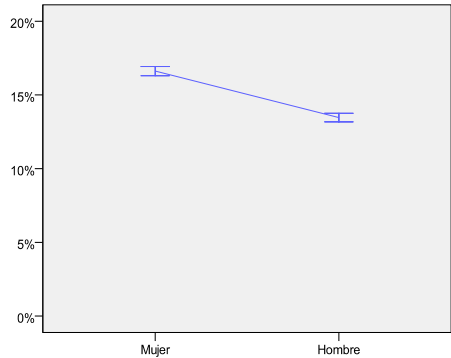
El índice de masa corporal modifica el consumo de automedicación ( $p<0.001$ ). La media de medicamentos autoconsumidos en los sujetos con normopeso es de 0,20 (IC95%: 0,19-0,20), mientras que la de los obesos es de 0,16 (IC95%: 0,15-0,17).



**7.3.4.- Proporción se sujetos que se han automedicado**

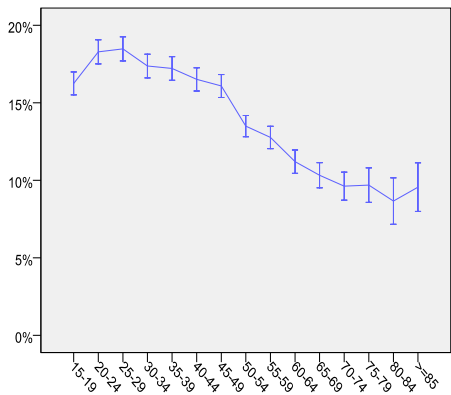
**Sexo**

El porcentaje de mujeres que se han automedicado en los últimos 15 días se sitúa en el 16,6% (IC95%: 16,30-16,93), mientras que en los hombres el valor se sitúa en el 13,5% (IC95%: 13,17-13,76).



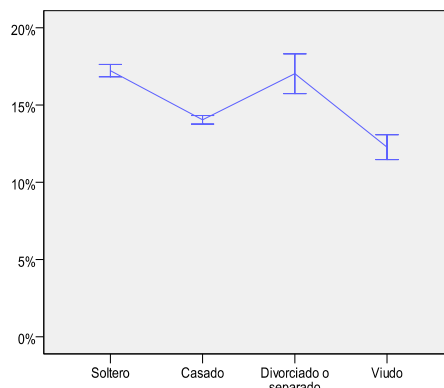
**Edad**

El porcentaje de sujetos con edades comprendidas entre 15-19 años que se han automedicado en los últimos 15 días es del 16,2%, el de los que tienen entre 35-39 años es del 17,2% y el de los que tienen entre 80-84 años alcanza el 8,7%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una relación estadísticamente significativa entre la automedicación y la edad ( $p<0.001$ ).



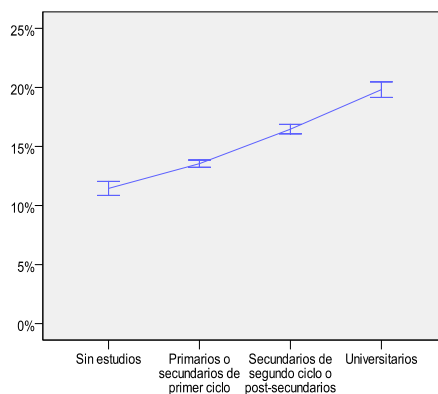
### Estado civil

Con respecto al estado civil, se observa que se han automedicado en los últimos 15 días el 17,2% de los solteros, el 14,0% de los casados, el 17,0% de los separados y el 13,3% de los viudos. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una relación estadísticamente significativa entre la automedicación y el estado civil ( $p < 0.001$ ).



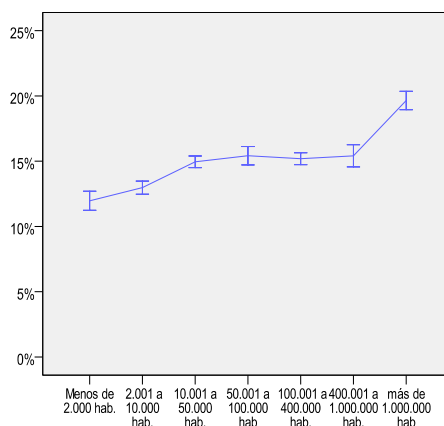
### Nivel de estudios

El 11,4% de los sujetos sin estudios, el 13,5% y el 16,5% de los que han cursado estudios primarios y secundarios respectivamente y el 19,8% de los que han finalizado estudios universitarios se han automedicado en los últimos 15 días. Los resultados de chi-cuadrado de asociación lineal indican tendencia creciente positiva entre el nivel de estudios y la probabilidad de automedicarse ( $p < 0.001$ ).



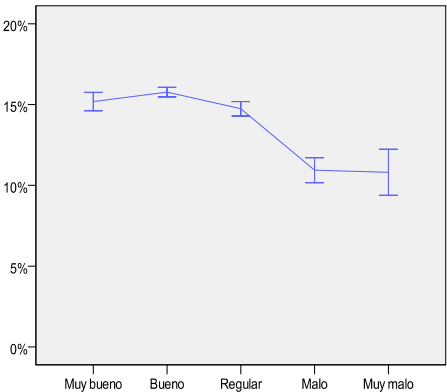
### Tamaño del hábitat

El 12,0% de los sujetos que residen en poblaciones con menos de 2.000 hab. reconoce haberse automedicado. Este porcentaje se incrementa en casi 8 puntos porcentuales en los residentes en poblaciones de más de 1.000.000 de hab. (19,7%). Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican una tendencia creciente positiva entre el tamaño del hábitat y la probabilidad de automedicarse ( $p < 0.001$ ).



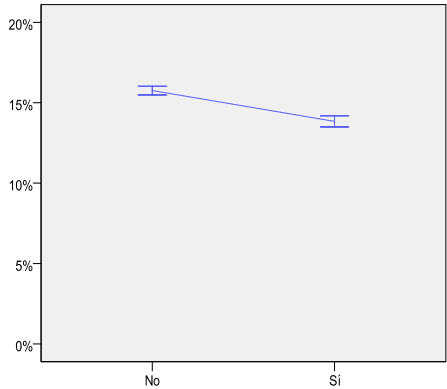
**Estado de salud**

El porcentaje de sujetos que se han automedicado y que perciben su estado de salud como muy bueno es del 15,2%, mientras que el de los que lo perciben como muy malo es del 10,8%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican relación significativa entre la automedicación y el estado de salud percibido ( $p<0.001$ ).



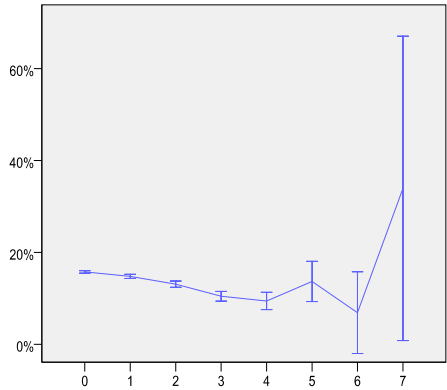
**Enfermedad crónica**

El porcentaje de sujetos con enfermedades crónicas que se han automedicado en los últimos 15 días se sitúa en el 13,8% (IC95%: 13,49-14,19), mientras que en los que declaran no padecer ninguna enfermedad crónica el valor se sitúa en el 15,8% (IC95%: 15,48-16,03).



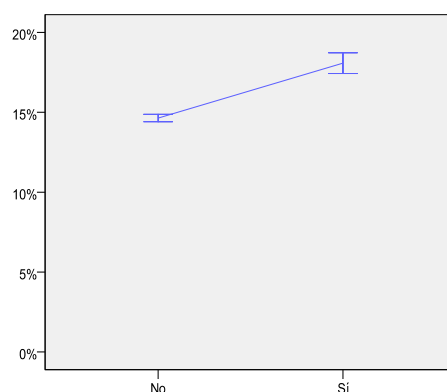
**Número de enfermedades crónicas**

El porcentaje de sujetos que se han automedicado en los últimos 15 días y que padecen 1 enfermedad crónica es del 14,8% mientras que el de los que padecen 7 es del 36,4%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una relación estadísticamente significativa entre la automedicación y el número de enfermedades crónicas ( $p<0.001$ ).



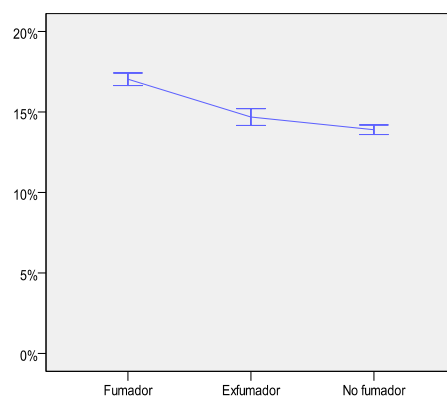
### Reducción de actividad

El porcentaje de sujetos que han reducido su actividad principal por problemas de salud y que se han automedicado en los últimos 15 días se sitúa en el 18,1% (IC95%: 17,42-18,74), mientras que el de los que afirman no haberla reducido el valor se sitúa en el 14,6% (IC95%: 14,41- 14,87).



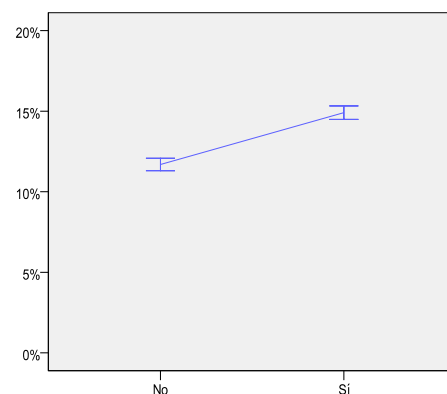
### Consumo de tabaco

El porcentaje de sujetos que se han automedicado en los últimos 15 días y que se declaran fumadores es del 17,0%, mientras que el de los que afirman no fumar es del 13,9%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una relación estadísticamente significativa entre la automedicación y el consumo de tabaco ( $p < 0.001$ ).



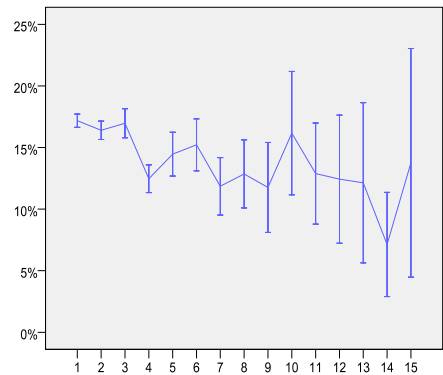
### Consumo de alcohol

El porcentaje de sujetos que han consumido alcohol y que se han automedicado en los últimos 15 días se sitúa en el 14,9% (IC95%: 14,49-15,33), mientras que el de los que afirman no haber consumido alcohol es el 11,7% (IC95%: 11,30-12,08).



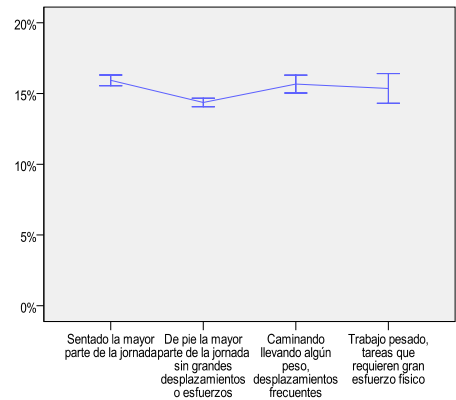
**Unidades de bebida estándar**

El porcentaje de sujetos que se han automedicado en los últimos 15 días y que ingieren 1 ubes/día es del 17,2% mientras que el de los que ingieren 15 es del 14,0%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican relación significativa entre la automedicación y la ingesta de alcohol ( $p<0.001$ ).



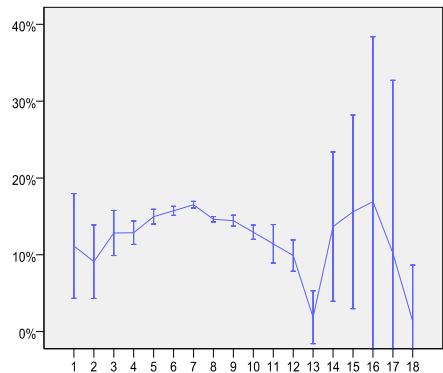
**Actividad física**

El 15,9% de los sujetos que permanecen sentados la mayor parte de la jornada reconocen que se han automedicado y el porcentaje de los que realizan trabajos que requieren gran esfuerzo físico y reconocen haberse automedicado asciende al 15,1%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican relación significativa entre la automedicación y la actividad física ( $p=0.027$ ).



**Horas de sueño diarias**

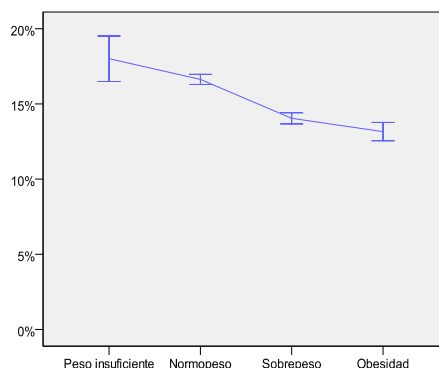
El porcentaje de sujetos que se han automedicado y que declaran dormir 3 h/día es del 12,8%, el de los que duermen 8 horas es del 14,6% y el de los que afirman dormir 17 horas es del 10,0%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una relación significativa entre en la automedicación y las horas de sueño diarias ( $p<0.001$ ).





## IMC

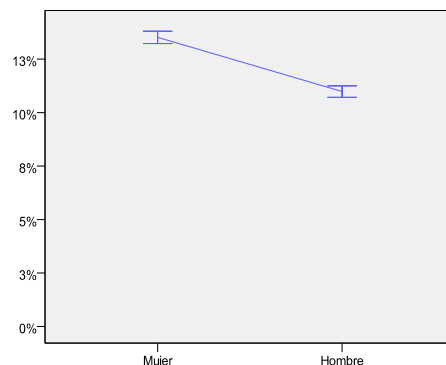
El porcentaje de sujetos que se han automedicado en los últimos 15 días y tienen normopeso es del 16,6%, mientras que el de los que padecen obesidad es del 13,2%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican una relación estadísticamente significativa entre la automedicación y el IMC ( $p < 0.001$ ).



## 7.3.5.- Proporción de sujetos que se han automedicado de manera aceptable

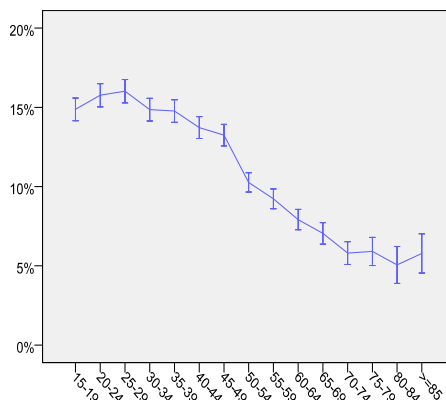
### Sexo

El porcentaje de mujeres que se han automedicado de manera aceptable en los últimos 15 días se sitúa en el 13,5% (IC95%: 13,23-13,81), mientras que en los hombres el valor se sitúa en el 11,0% (IC95%: 10,72-11,26).



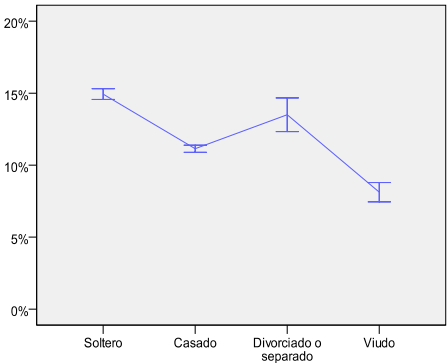
### Edad

El porcentaje de sujetos que se han automedicado de manera aceptable en los últimos 15 días con edades comprendidas entre 15-19 años es del 14,9%, el de los que tienen entre 40-44 años es del 13,7% y el de los que tienen entre 80-84 años alcanza el 5,1%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una relación estadísticamente significativa entre la automedicación aceptable y la edad ( $p < 0.001$ ).



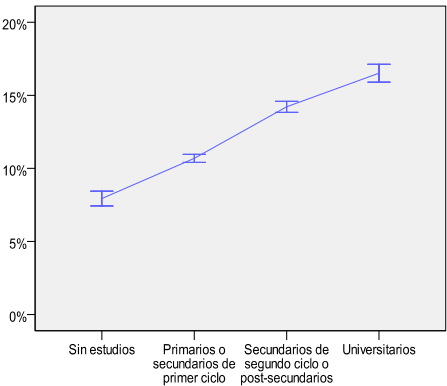
**Estado civil**

En los últimos 15 días se han automedicado de manera aceptable el 14,9% de los solteros, el 11,1% de los casados, el 13,5% de los separados y el 8,1% de los viudos. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una relación estadísticamente significativa entre la automedicación aceptable y el estado civil ( $p<0.001$ ).



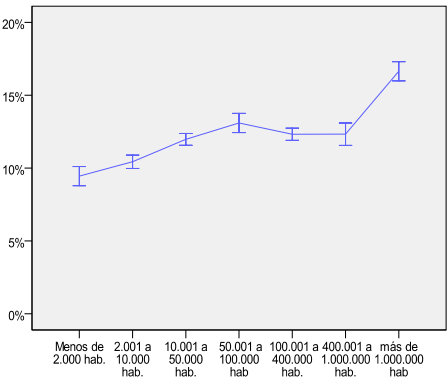
**Nivel de estudios**

El 7,9% de los sujetos sin estudios, el 10,7% y el 14,2% de los que han cursado estudios primarios y secundarios respectivamente y el 18,1% de los que han finalizado estudios universitarios se han automedicado de manera aceptable. Los resultados de chi-cuadrado indican una tendencia creciente positiva entre el nivel de estudios y la probabilidad de automedicarse aceptablemente ( $p<0.001$ ).



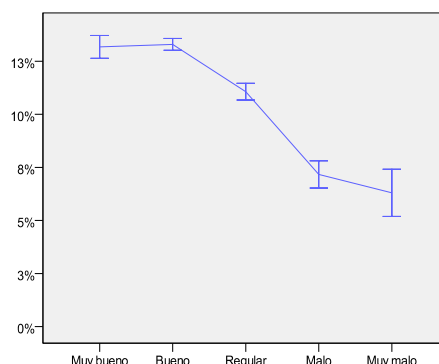
**Tamaño del hábitat**

El 9,4% de los residentes en poblaciones con menos de 2.000 hab. se han automedicado de manera aceptable, porcentaje que se incrementa en 7 puntos porcentuales en los residentes en poblaciones de más de 1.000.000 hab. (16,6%). Los resultados de chi-cuadrado indican tendencia creciente positiva entre el tamaño del hábitat y la probabilidad de automedicarse aceptablemente ( $p<0.001$ ).



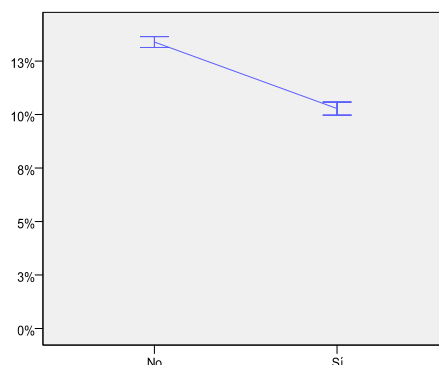
### Estado de salud

El porcentaje de sujetos que se han automedicado de manera aceptable y que perciben su estado de salud como muy bueno es del 13,2%, mientras que el de los que lo perciben como muy malo es del 6,3%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican relación significativa entre la automedicación aceptable y el estado de salud percibido ( $p < 0.001$ ).



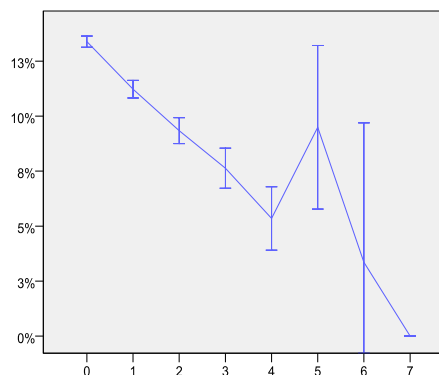
### Enfermedad crónica

El porcentaje de sujetos con enfermedades crónicas que se han automedicado de manera aceptable en los últimos 15 días se sitúa en el 10,3% (IC95%: 9,97-10,59), mientras que en los que declaran no padecer ninguna enfermedad crónica el valor se sitúa en el 13,4% (IC95%: 13,13-13,64).



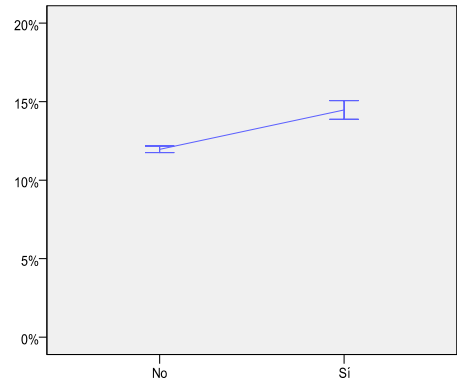
### Número de enfermedades crónicas

El porcentaje de sujetos que se han automedicado de manera aceptable en los últimos 15 días y que padecen 1 enfermedad crónica es del 13,4% mientras que el de los que padecen 6 es del 2,9%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una relación estadísticamente significativa entre la automedicación aceptable y el número de enfermedades crónicas ( $p < 0.001$ ).



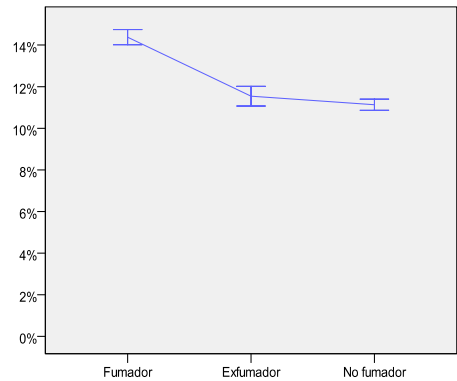
**Reducción de actividad**

El porcentaje de sujetos que han reducido su actividad principal por problemas de salud y que se han automedicado de manera aceptable en los últimos 15 días se sitúa en el 14,5% (IC95%: 13,83-15,07), mientras que el de los que afirman no haberla reducido el valor se sitúa en el 12,0% (IC95%: 11,75-12,17).



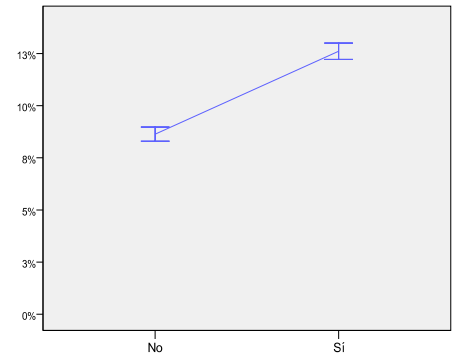
**Consumo de tabaco**

El porcentaje de sujetos que se han automedicado de manera aceptable en los últimos 15 días y que se declaran fumadores es del 14,4%, mientras que el de los que afirman no fumar es del 11,1%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una relación estadísticamente significativa entre la automedicación aceptable y el consumo de tabaco ( $p < 0.001$ ).



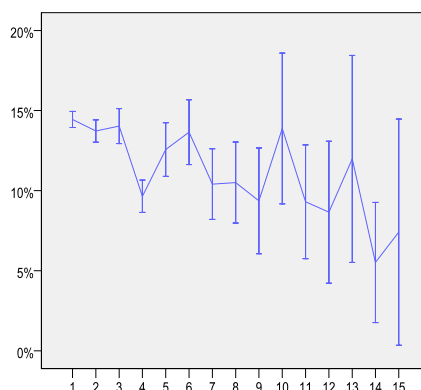
**Consumo de alcohol**

El porcentaje de sujetos que han consumido alcohol y que se han automedicado de manera aceptable se sitúa en el 12,6% (IC95%: 12,22-13,01), mientras que el de los que afirman no haber consumido alcohol el valor se sitúa en el 8,6% (IC95%: 8,29-8,98).



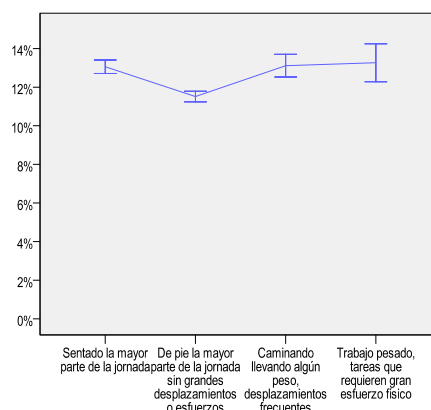
### Unidades de bebida estándar

El porcentaje de sujetos que se han automedicado de manera aceptable y que ingieren 1 udes/día es del 14,4% mientras que el de los que ingieren 15 es del 7,1%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican relación significativa entre la automedicación aceptable y la ingesta de alcohol ( $p<0.001$ ).



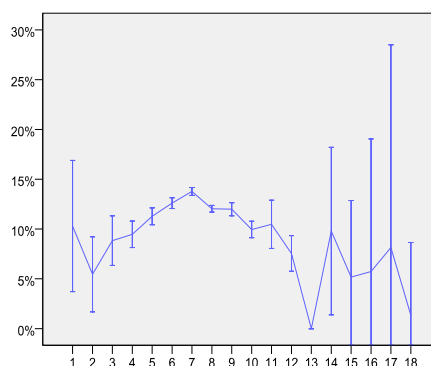
### Actividad física

El 13,1% de los sujetos que permanecen sentados la mayor parte de la jornada se han automedicado de manera aceptable y el porcentaje de los que realizan trabajos que requieren gran esfuerzo físico y reconocen haberse automedicado de manera aceptable asciende al 13,3%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican que no hay relación significativa entre la automedicación aceptable y la actividad física ( $p=0.35$ ).



### Horas de sueño diarias

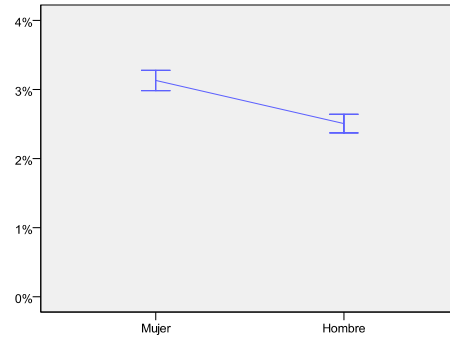
El porcentaje de sujetos que se han automedicado de manera aceptable y que declaran dormir 1 h/día es del 10,6%, el de los que duermen 8 horas es del 12,0% y el de los que afirman dormir 17 horas es del 10,0%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican relación significativa entre la automedicación aceptable y las horas de sueño diarias ( $p=0.001$ ).



**7.3.6.- Proporción de sujetos que se han automedicado de manera inaceptable**

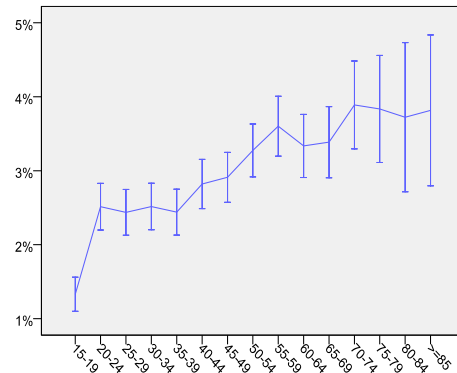
**Sexo**

El porcentaje de mujeres que se han automedicado de manera inaceptable se sitúa en el 3,1% (IC95%: 2,98-3,28), mientras que en los hombres el valor se sitúa en el 2,5% (IC95%: 2,37-2,64).



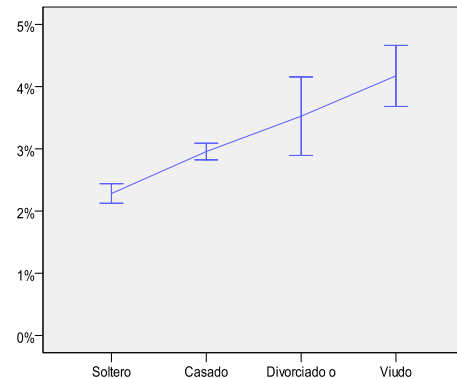
**Edad**

El porcentaje de sujetos que se han automedicado de manera inaceptable con edades comprendidas entre 15-19 años es del 1,3%, el de los que tienen entre 45-49 años es del 2,8% y el de los que tienen entre 80-84 años alcanza el 3,8%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican una tendencia creciente positiva entre la edad y la probabilidad de automedicarse de manera inaceptable ( $p<0.001$ ).



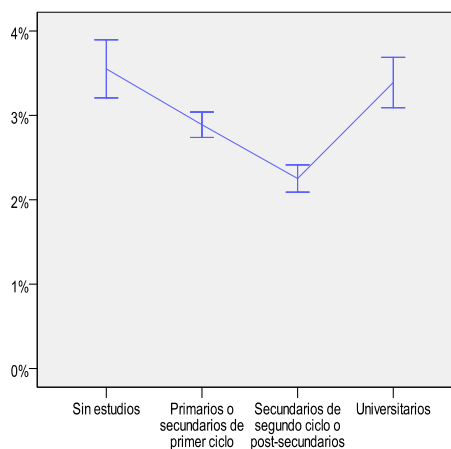
**Estado civil**

En los últimos 15 días se han automedicado de manera inaceptable el 2,3% de los solteros, el 3,0% de los casados, el 3,5% de los separados y el 4,2% de los viudos. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican que hay una tendencia creciente positiva entre el estado civil y la probabilidad de automedicarse de manera inaceptable ( $p<0.001$ ).



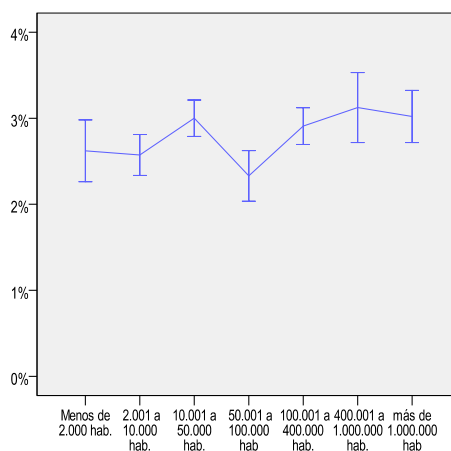
### Nivel de estudios

El 3,5% de los sujetos sin estudios, el 2,9% y el 2,3% de los que han cursado estudios primarios y secundarios respectivamente y el 3,4% de los que han finalizado estudios universitarios se han automedicado de manera inaceptable. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican una relación significativa entre la automedicación inaceptable y el nivel de estudios ( $p=0.018$ ).



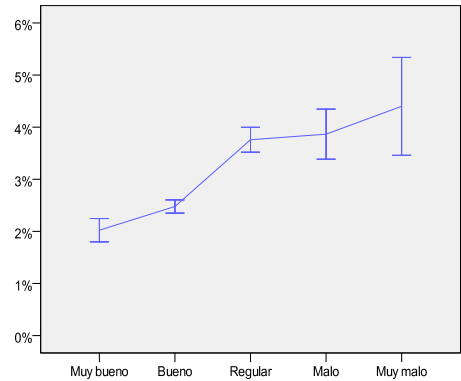
### Tamaño del hábitat

El 2,6% de los sujetos que residen en poblaciones con menos de 2.000 habitantes se han automedicado de manera inaceptable, porcentaje que no llega a incrementarse en 1 punto porcentual con respecto a los residentes en poblaciones de más de 1.000.000 de habitantes (3,0%). Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican una tendencia creciente positiva entre el tamaño del hábitat y la probabilidad de automedicarse de manera inaceptable ( $p=0.018$ ).



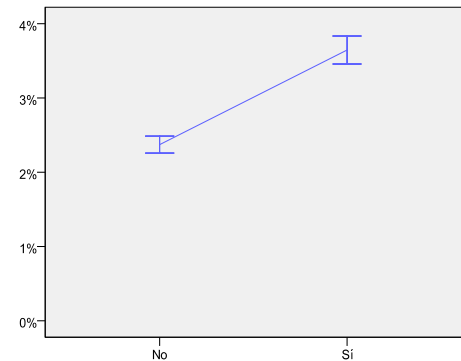
**Estado de salud**

El porcentaje de sujetos que se han automedicado de manera inaceptable y que perciben su estado de salud como muy bueno es del 2,0%, mientras que el de los que lo perciben como muy malo es del 4,4%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican una tendencia creciente positiva entre el estado de salud percibido y la probabilidad de automedicarse de manera inaceptable ( $p<0.001$ ).



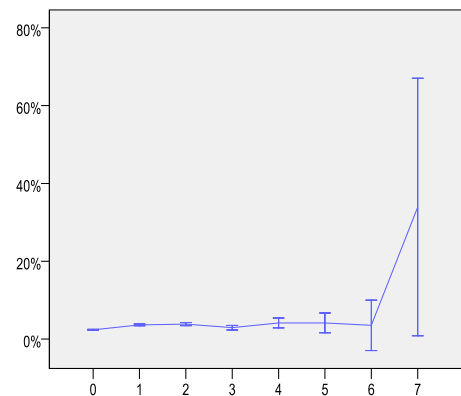
**Enfermedad crónica**

El porcentaje de sujetos con enfermedades crónicas que se han automedicado de manera inaceptable en los últimos 15 días se sitúa en el 3,6% (IC95%: 3,46-3,84), mientras que en los que declaran no padecer ninguna enfermedad crónica el valor se sitúa en el 2,4% (IC95%: 2,26-2,49).



**Número de enfermedades crónicas**

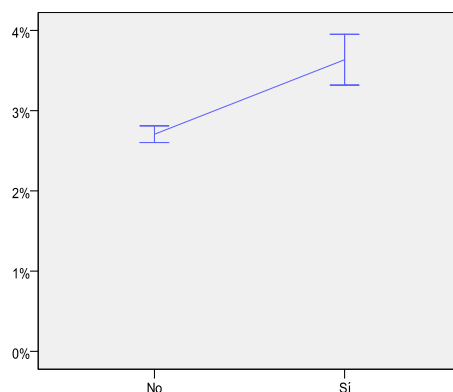
El porcentaje de sujetos que se han automedicado de manera inaceptable en los últimos 15 días y que padecen 1 enfermedad crónica es del 3,6% mientras que el de los que padecen 6 es del 2,9%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican una relación estadísticamente significativa entre la automedicación inaceptable y el número de enfermedades crónicas ( $p<0.001$ ).





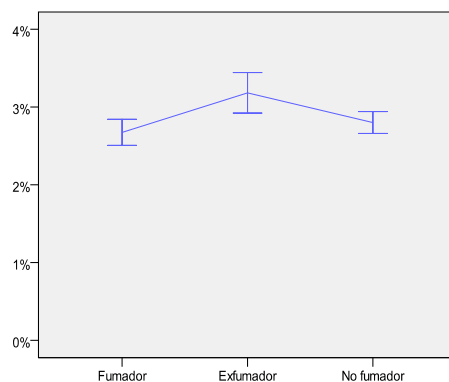
### Reducción de actividad

El porcentaje de sujetos que han reducido su actividad principal por problemas de salud y que se han automedicado de manera inaceptable en los últimos 15 días se sitúa en el 3,6% (IC95%: 3,32-3,96), mientras que el de los que afirman no haberla reducido el valor se sitúa en el 2,7% (IC95%: 2,60-2,81).



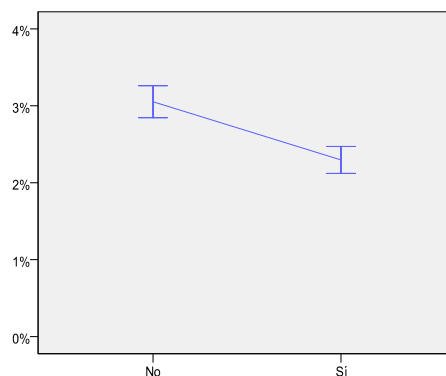
### Consumo de tabaco

El porcentaje de sujetos que se han automedicado de manera inaceptable en los últimos 15 días y que se declaran fumadores es del 2,7%, mientras que el de los que afirman no fumar es del 2,8%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican que no hay relación estadísticamente significativa entre la automedicación inaceptable y el consumo de tabaco ( $p=0.39$ ).



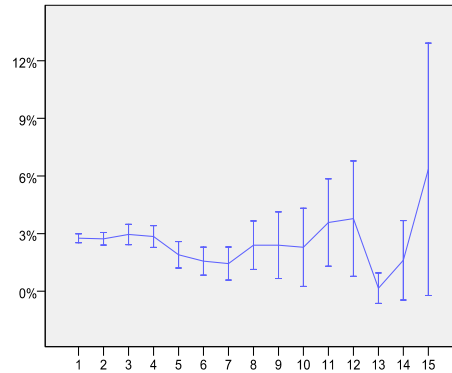
### Consumo de alcohol

El porcentaje de sujetos que han consumido alcohol y que se han automedicado de manera inaceptable en los últimos 15 días se sitúa en el 2,3% (IC95%: 2,12-2,48), mientras que el de los que afirman no haber consumido alcohol el valor se sitúa en el 3,1% (IC95%: 2,84-3,26).



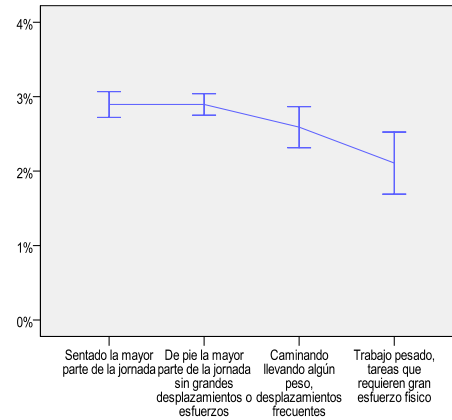
**Unidades de bebida estándar**

El porcentaje de sujetos que se ha automedicado de manera aceptable y que ingiere 1 ubes/día es del 2,8% mientras que el de los que ingieren 14 es del 1,4%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican que no hay relación significativa entre la automedicación inaceptable y el consumo de alcohol ( $p=0.075$ ).



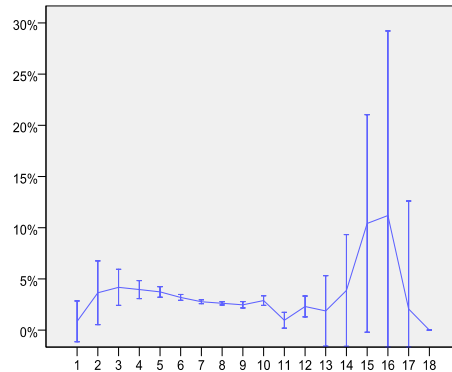
**Actividad física**

El 2,9% de los sujetos que permanecen sentados la mayor parte de la jornada se han automedicado de manera inaceptable, porcentaje que se sitúa en el 2,1% en el caso de los sujetos que realizan trabajos que requieren gran esfuerzo físico. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican relación entre la automedicación inaceptable y la actividad física ( $p=0.004$ ).



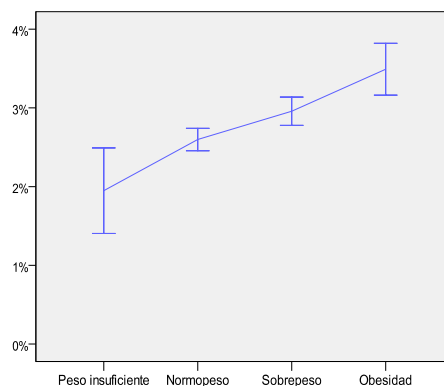
**Horas de sueño diarias**

El porcentaje de sujetos que se han automedicado de manera inaceptable y que declaran dormir 3 h/día es del 4,2%, el de los que que duermen 8 horas desciende al 2,6% y el de los que afirman dormir 16 horas es del 13,3%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado indican relación significativa entre la automedicación inaceptable y las horas de sueño diarias ( $p<0.001$ ).



## IMC

El porcentaje de sujetos que se han automedicado de manera inaceptable en los últimos 15 días y tienen normopeso es del 2,6%, mientras que el de los que padecen obesidad es del 3,5%. Los resultados de la prueba chi-cuadrado de asociación lineal indican que hay una tendencia creciente positiva entre el IMC y la probabilidad de automedicarse de manera inaceptable ( $p < 0.001$ ).



## 7.4.- Análisis multivariante

### 7.4.1.- Proporción de sujetos que han consumido medicamentos

Variable	Análisis bivariente		Análisis multivariante	
	OR	(IC95%)	OR	(IC95%)
<b>Sexo</b>				
Hombre	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Mujer	1,79	(1,76-1,83)	1,76	(1,70-1,81)
<b>Edad</b>				
16-18 años	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
19-29 años	1,28	(1,21-1,34)	1,08	(1,01-1,56)
30-49 años	1,58	(1,51-1,66)	1,06	(0,98-1,14)
50-64 años	3,33	(3,17-3,50)	1,52	(1,40-1,65)
> 65 años	7,70	(7,28-8,14)	2,89	(2,62-3,19)
<b>Estado civil</b>				
Soltero/a	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Casado/a	1,73	(1,69-1,76)	1,05	(1,00-1,10)
Separado/divorciado/a	2,01	(1,88-2,15)	1,05	(0,95-1,16)
Viudo/a	4,87	(4,62-5,14)	1,17	(1,06-1,29)
<b>Nivel estudios</b>				
Sin estudios	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Primarios	0,69	(0,67-0,71)	1,03	(0,97-1,10)
Secundarios	0,46	(0,44-0,48)	1,09	(1,02-1,16)
Universitarios	0,56	(0,53-0,58)	1,27	(1,18-1,36)
<b>Tamaño hábitat</b>				
< 2.000 hab.	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
2.001-10.000 hab.	1,07	(1,02-1,12)	1,09	(1,02-1,67)
10.001-50.000 hab.	1,06	(1,02-1,11)	1,16	(1,09-1,24)
50.001-100.000 hab.	1,16	(1,10-1,23)	1,16	(1,08-1,25)
100.001-400.000 hab.	1,11	(1,06-1,16)	1,12	(1,04-1,19)
400.001-1.000.000 hab.	1,13	(1,08-1,20)	1,28	(1,18-1,38)
> 1.000.000 hab.	1,24	(1,18-1,30)	1,42	(1,32-1,53)
<b>Estado salud</b>				
Muy bueno	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Bueno	1,64	(1,58-1,69)	1,44	(1,38-1,51)
Regular	6,21	(5,98-6,46)	3,16	(2,99-3,34)
Malo	12,72	(11,89-13,61)	4,03	(3,65-4,45)
Muy malo	20,13	(17,51-23,16)	5,50	(4,50-6,72)
<b>Enfermedad crónica</b>				
No	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Sí	5,08	(4,95-5,21)	2,79	(2,70-2,89)
<b>Reducción actividad</b>				
No	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Sí	7,28	(6,92-7,65)	5,29	(4,96-5,64)
<b>Consumo tabaco</b>				
No fumador	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Exfumador	0,66	(0,64-0,67)	1,07	(1,04-1,11)
Fumador	1,24	(1,20-1,28)	1,25	(1,20-1,31)
<b>UBES</b>				
0	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
0-4	0,80	(0,78-0,82)	1,04	(1,00-1,09)
4-22	0,45	(0,43-0,47)	0,84	(0,79-0,90)
> 22	0,34	(0,29-0,40)	0,61	(0,47-0,78)
<b>8 horas sueño diario</b>				
Sí	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
No	1,40	(1,37-1,44)	1,13	(1,10-1,17)
<b>IMC</b>				
Normopeso	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Sobrepeso	1,40	(1,37-1,44)	1,10	(1,06-1,14)
Obeso	2,30	(2,21-2,39)	1,23	(1,16-1,24)
<b>Año ENSE</b>				
2006	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
2003	0,38	(0,37-0,39)	0,65	(0,61-0,68)
2001	0,43	(0,42-0,45)	0,46	(0,42-0,47)
1997	0,53	(0,50-0,56)	0,56	(0,52-0,60)
1995	0,53	(0,50-0,56)	0,57	(0,53-0,61)
1993	0,52	(0,50-0,54)	0,55	(0,53-0,58)
1987	0,57	(0,55-0,59)	0,60	(0,57-0,63)

Los resultados obtenidos del análisis multivariante realizado mediante la prueba de regresión logística para el consumo de medicamentos en los últimos 15 días evidencia el efecto independiente de cada una de las variables del estudio.

El consumo de fármacos es un 76% superior en las mujeres que en los hombres. Además el consumo de medicamentos se asocia con la edad, siendo su magnitud especialmente relevante a partir de los 50 años: el consumo es un 52% mayor en los sujetos de 50-64 años con respecto a los de 16-18 años, y llega a ser 2,89 veces más en los sujetos de más de 65 años. Por último, los sujetos viudos consumen un 17% más de medicamentos que los solteros.

En cuanto a la formación académica, los sujetos con estudios universitarios muestran una asociación positiva en el consumo de medicamentos, al consumir un 27% más de medicamentos que los que no poseen estudios.

En relación con los hábitos de salud, los fumadores también muestran una asociación positiva, ya que consumen un 25% más de medicamentos que los que no fuman, valor similar al encontrado entre los sujetos obesos. Por el contrario, el consumo de alcohol presenta una asociación negativa con el consumo de fármacos, siendo un 39% inferior en los individuos que consumen más de 22 ubes al día. Por último, los sujetos que no duermen 8 horas al día consumen un 13% más medicamentos que los que duermen 8 horas diarias.

Con respecto a las variables demográficas, el consumo de medicamentos se asocia con el tamaño del municipio de residencia, siendo su magnitud más relevante a partir de poblaciones de más de 400.000 habitantes. Así, el consumo de fármacos de los sujetos que residen en poblaciones de 400.001-1.000.000 de habitantes es un 28% mayor con respecto a los que residen en municipios de menos de 2.000 habitantes y llega a alcanzar el 42% en los que residen en núcleos de más de 1.000.000 de habitantes.

El consumo de fármacos aumenta conforme se avanza en los años de las encuestas. Así, en 1987 el consumo era un 40% inferior al registrado en el 2006, siendo esta la categoría de referencia (OR=0,60 IC95%: 0,57-0,63).

Por último, todas las variables que miden la presencia de enfermedad (reducción de la actividad por problemas de salud y presencia de enfermedad crónica) están directamente asociadas con el consumo de fármacos.

### 7.4.2.- Proporción de sujetos que han consumido medicamentos prescritos y que se han automedicado

	Consumo de medicamentos prescritos				Automedicación			
	Análisis bivariante		A. multivariante		Análisis bivariante		A. multivariante	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
<b>Sexo</b>								
Hombre	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Mujer	1,78	(1,74-1,82)	1,71	(1,65-1,79)	1,28	(1,24-1,35)	1,42	(1,37-1,49)
<b>Edad</b>								
16-18 años	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
19-29 años	1,22	(1,15-1,30)	1,05	(0,97-1,15)	1,23	(1,14-1,32)	1,07	(0,98-1,18)
30-49 años	1,76	(1,66-1,87)	1,14	(1,04-1,26)	1,10	(1,03-1,18)	0,98	(0,88-1,08)
50-64 años	4,71	(4,43-5,01)	2,06	(1,86-2,27)	0,79	(0,73-0,85)	0,73	(0,66-0,82)
> 65 años	13,18	(12,31-14,12)	4,60	(4,11-5,15)	0,59	(0,54-0,64)	0,60	(0,52-0,68)
<b>Estado civil</b>								
Soltero/a	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Casado/a	2,25	(2,19-2,37)	1,09	(1,04-1,15)	0,76	(0,76-0,81)	0,95	(0,89-1,00)
Separado/divorciado/a	2,22	(2,07-2,39)	1,05	(0,94-1,17)	0,99	(0,90-1,09)	1,05	(0,94-1,18)
Viudo/a	7,44	(6,99-7,90)	1,13	(1,01-1,26)	0,67	(0,62-0,73)	1,11	(0,98-1,26)
<b>Nivel estudios</b>								
Sin estudios	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Primarios	0,49	(0,46-0,51)	1,05	(0,97-1,13)	1,21	(1,14-1,29)	1,00	(0,92-1,10)
Secundarios	0,27	(0,26-0,28)	1,03	(0,95-1,11)	1,52	(1,43-1,63)	1,20	(1,09-1,32)
Universitarios	0,30	(0,28-0,31)	1,08	(0,99-1,18)	1,91	(1,78-2,05)	1,37	(1,24-1,52)
<b>Tamaño hábitat</b>								
< 2.000 hab.	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
2.001-10.000 hab	1,05	(1,00-1,11)	1,10	(1,01-1,19)	1,10	(1,01-1,19)	1,11	(1,00-1,22)
10.001-50.000 hab.	0,99	(0,94-1,04)	1,10	(1,02-1,19)	1,29	(1,20-1,40)	1,25	(1,14-1,37)
50.001-100.000 hab.	1,03	(0,97-1,09)	1,11	(1,02-1,21)	1,34	(1,23-1,47)	1,21	(1,09-1,35)
100.001-400.000 hab.	0,96	(0,91-1,01)	1,05	(0,97-1,23)	1,32	(1,22-1,43)	1,25	(1,14-1,37)
400.001-1.000.000 hab	1,04	(0,98-1,11)	1,21	(1,10-1,33)	1,34	(1,22-1,47)	1,29	(1,15-1,44)
> 1.000.000 hab.	1,03	(0,97-1,09)	1,19	(1,09-1,29)	1,80	(1,66-1,95)	1,68	(1,52-1,87)
<b>Estado salud</b>								
Muy bueno	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Bueno	1,88	(1,80-1,96)	1,58	(1,50-1,67)	1,05	(1,00-1,01)	1,13	(1,07-1,20)
Regular	8,47	(8,08-8,90)	4,06	(3,76-4,28)	0,97	(0,91-1,02)	1,14	(1,06-1,22)
Malo	20,17	(18,65-21,81)	5,94	(5,33-6,63)	0,69	(0,63-0,75)	0,84	(0,74-0,95)
Muy malo	30,19	(26,02-35,03)	7,39	(6,04-9,02)	0,68	(0,58-0,79)	0,71	(0,57-0,87)
<b>Enfermedad crónica</b>								
No	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Sí	6,55	(6,37-6,73)	3,55	(3,42-3,69)	0,86	(0,83-0,89)	0,97	(0,93-1,01)
<b>Reducción actividad</b>								
No	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Sí	6,16	(5,90-6,44)	4,53	(4,27-4,82)	1,29	(1,23-1,35)	1,44	(1,36-1,53)
<b>Consumo tabaco</b>								
No fumador	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Exfumador	0,57	(0,55-0,59)	0,98	(0,94-1,02)	1,27	(1,23-1,32)	1,15	(1,09-1,20)
Fumador	1,20	(1,16-1,25)	1,23	(1,17-1,30)	1,07	(1,02-1,12)	1,11	(1,04-1,17)
<b>UBES</b>								
0	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
0-4	0,70	(0,68-0,72)	0,91	(0,87-0,96)	1,49	(1,42-1,56)	1,27	(1,20-1,34)
4-22	0,43	(0,41-0,46)	0,70	(0,65-0,76)	1,12	(1,03-1,21)	1,25	(1,14-1,37)
> 22	0,33	(0,24-0,44)	0,48	(0,33-0,71)	1,31	(0,93-1,86)	1,31	(0,88-1,95)
<b>8 horas sueño diario</b>								
Sí	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
No	1,47	(1,44-1,51)	1,10	(1,06-1,14)	1,06	(1,02-1,10)	1,12	(1,07-1,17)
<b>IMC</b>								
Normopeso	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Sobrepeso	0,35	(0,34-0,37)	1,09	(1,05-1,14)	0,82	(0,78-0,85)	1,01	(0,96-1,06)
Obeso	0,56	(0,54-0,59)	1,29	(1,21-1,37)	0,76	(0,71-0,80)	0,96	(0,89-1,03)
<b>Año ENSE</b>								
2006	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
2003	0,45	(0,44-0,47)	0,45	(0,43-0,48)	0,83	(0,78-0,87)	0,78	(0,73-0,83)
2001	0,56	(0,53-0,59)	0,57	(0,53-0,61)	0,87	(0,81-0,94)	0,87	(0,79-0,95)
1997	0,56	(0,53-0,60)	0,59	(0,55-0,64)	0,85	(0,78-0,91)	0,82	(0,75-0,89)
1995	0,60	(0,58-0,62)	0,65	(0,62-0,69)	0,78	(0,74-0,82)	0,71	(0,67-0,76)
1993	0,63	(0,60-0,65)	0,59	(0,56-0,63)	1,12	(1,13-1,24)	1,32	(1,24-1,40)

Los resultados obtenidos del análisis multivariante realizado mediante la prueba de regresión logística para el consumo de medicamentos prescritos y de automedicación en los últimos 15 días evidencia el efecto independiente de cada una de las variables del estudio.

El consumo de fármacos prescritos es un 71% superior en las mujeres que en los hombres. Del mismo modo ocurre para la automedicación: las mujeres se automedican un 42% más. El consumo de medicamentos prescritos se asocia con la edad y se observa una magnitud especialmente relevante a partir de los 50 años. En los sujetos de más de 65 años el consumo es 4,60 veces superior con respecto a los de 16-18 años. Con la automedicación sucede lo contrario, ya que se observa asociación negativa, magnitud también especialmente relevante a partir de los 50 años: el autoconsumo es 0,27 veces menor en los sujetos de 50-64 años respecto a los de 16-18 años, llegando a ser 0,40 veces menor en los sujetos de más de 65 años. En lo relativo al estado civil, los viudos consumen un 13% más de medicamentos prescritos que los solteros. En este caso para la automedicación no se ha encontrado asociación.

En cuanto a la formación académica, esta no supone un factor de riesgo para el consumo de medicamentos prescritos, sin embargo se encuentra directamente asociada con la automedicación. Así, el consumo es un 20% superior en los sujetos con estudios secundarios respecto a los que no tienen estudios, llegando a ser un 37% mayor en los sujetos con estudios universitarios.

En lo relativo a los hábitos de salud, ser fumador y obeso supone un factor de riesgo para el consumo de fármacos prescritos: estos consumen un 23% y un 29% más de medicamentos prescritos que los no fumadores y con normopeso. Los exfumadores muestran una asociación positiva mayor que los fumadores para la automedicación, siendo esta además un 15% y un 11% respectivamente superior que en aquellos que no fuman. No se ha encontrado asociación entre el peso y la automedicación. En lo que respecta al consumo de alcohol, se observa una asociación negativa con el consumo de medicamentos prescritos: los sujetos que ingieren más de 22 udes al día consumen un 52% menos medicamentos que los que no beben alcohol. Por el contrario, se evidencia una asociación positiva entre el consumo de alcohol y la automedicación: los sujetos que ingieren entre 4 y 22 udes/día se automedican un 25% más que las personas que no consumen alcohol. Por último, los sujetos que no duermen 8 horas al día consumen un 10% más de medicamentos prescritos que los que sí lo hacen. Del mismo modo ocurre

con la automedicación: los sujetos que no duermen 8 horas al día se automedican un 12% más.

En cuanto a las variables que miden la presencia de enfermedad, se ha observado que los sujetos que padecen alguna enfermedad crónica consumen 3,55 veces más medicamentos prescritos; por el contrario, para la automedicación no se ha encontrado asociación. Por otro lado, la reducción de la actividad por problemas de salud es una de las variables más fuertemente asociadas tanto para el consumo de fármacos prescritos como para la automedicación. Además, el consumo de medicamentos prescritos también se asocia con el estado de salud percibido. Así, los sujetos que la consideran como muy mala consumen 7,39 veces más medicamentos que los que la consideran muy buena; sin embargo para la automedicación la asociación es positiva en los sujetos que la consideran regular con respecto a los que la consideran como muy buena y negativa para los que consideran su estado de salud como malo y muy malo, llegando a ser 0,29 veces menor.

Con respecto a las variables demográficas, se ha observado asociación entre el tamaño del municipio de residencia y el consumo de medicamentos prescritos y automedicados. La magnitud de la asociación se ve incrementada conforme aumenta la población de los municipios.



### 7.4.3.- Proporción de sujetos que se han automedicado de manera aceptable e inaceptable

	Automedicación aceptable				Automedicación inaceptable			
	Análisis bivariante		A. multivariante		Análisis bivariante		A. multivariante	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
<b>Sexo</b>								
Hombre	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Mujer	1,27	(1,22-1,31)	1,44	(1,37-1,51)	1,26	(1,17-1,35)	1,25	(1,13-1,39)
<b>Edad</b>								
16-18 años	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
19-29 años	1,15	(1,06-1,24)	1,02	(0,93-1,12)	1,84	(1,47-2,30)	1,55	(1,17-2,07)
30-49 años	0,99	(0,92-1,07)	0,92	(0,83-1,02)	2,09	(1,69-2,59)	1,55	(1,14-2,09)
50-64 años	0,62	(0,57-0,67)	0,63	(0,57-0,70)	2,68	(2,16-3,33)	1,81	(1,32-2,47)
> 65 años	0,40	(0,36-0,44)	0,47	(0,41-0,54)	2,91	(2,33-3,63)	1,71	(1,23-2,38)
<b>Estado civil</b>								
Soltero/a	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Casado/a	0,71	(0,69-0,74)	0,94	(0,88-1,00)	1,31	(1,20-1,42)	1,05	(0,91-1,21)
Separado/divorciado/a	0,89	(0,80-0,99)	0,98	(0,87-1,12)	1,57	(1,28-1,91)	1,41	(1,10-1,80)
Viudo/a	0,50	(0,46-0,55)	1,01	(0,87-1,17)	1,87	(1,62-2,15)	1,37	(1,08-1,71)
<b>Nivel estudios</b>								
Sin estudios	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Primarios	1,39	(1,29-1,50)	1,03	(0,93-1,15)	0,81	(0,72-0,91)	0,99	(0,84-1,17)
Secundarios	1,92	(1,78-2,07)	1,26	(1,12-1,40)	0,63	(0,55-0,71)	1,03	(0,85-1,24)
Universitarios	2,29	(2,11-2,49)	1,36	(1,21-1,53)	0,95	(0,83-1,09)	1,51	(1,24-1,84)
<b>Tamaño hábitat</b>								
< 2.000 hab.	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
2.001-10.000 hab.	1,12	(1,02-1,22)	1,13	(1,01-1,26)	0,98	(0,83-1,16)	0,97	(0,79-1,19)
10.001-50.000 hab.	1,30	(1,20-1,42)	1,23	(1,11-1,37)	1,15	(0,98-1,35)	1,21	(0,99-1,47)
50.001-100.000 hab.	1,45	(1,31-1,59)	1,29	(1,15-1,44)	0,89	(0,73-1,07)	0,85	(0,67-1,08)
100.001-400.000 hab.	1,35	(1,24-1,47)	1,26	(1,14-1,40)	1,11	(0,95-1,31)	1,10	(0,90-1,34)
400.001-1.000.000 hab.	1,35	(1,21-1,50)	1,29	(1,14-1,46)	1,20	(0,99-1,46)	1,15	(0,91-1,46)
> 1.000.000 hab.	1,91	(1,75-2,10)	1,78	(1,54-1,98)	1,16	(0,97-1,38)	1,11	(0,90-1,38)
<b>Estado salud</b>								
Muy bueno	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Bueno	1,01	(0,96-1,07)	1,14	(1,07-1,21)	1,23	(1,09-1,39)	1,07	(0,92-1,24)
Regular	0,82	(0,77-0,87)	1,06	(0,98-1,14)	1,89	(1,66-2,16)	1,46	(1,23-1,72)
Malo	0,51	(0,46-0,57)	0,71	(0,61-0,81)	1,95	(1,64-2,31)	1,35	(1,07-1,70)
Muy malo	0,44	(0,37-0,54)	0,57	(0,44-0,73)	2,23	(1,74-2,86)	1,30	(0,91-1,85)
<b>Enfermedad crónica</b>								
No	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Sí	0,74	(0,71-0,77)	0,94	(0,89-0,99)	1,56	(1,45-1,68)	1,52	(1,38-1,69)
<b>Reducción actividad</b>								
No	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Sí	1,25	(1,18-1,31)	1,46	(1,37-1,56)	1,36	(1,23-1,50)	1,25	(1,10-1,42)
<b>Consumo tabaco</b>								
No fumador	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Exfumador	1,34	(1,29-1,40)	1,13	(1,08-1,19)	0,95	(0,88-1,04)	1,17	(1,05-1,31)
Fumador	1,04	(0,99-1,10)	1,07	(1,00-1,14)	1,14	(1,03-1,26)	1,25	(1,10-1,42)
<b>UBES</b>								
0	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
0-4	1,73	(1,65-1,82)	1,38	(1,30-1,47)	0,79	(0,72-0,86)	0,90	(0,81-1,00)
4-22	1,29	(1,18-1,41)	1,37	(1,24-1,52)	0,67	(0,56-0,80)	0,87	(0,71-1,07)
> 22	1,48	(1,02-2,17)	1,40	(0,90-2,17)	0,82	(0,38-1,78)	1,05	(0,45-2,46)
<b>8 horas sueño diario</b>								
Sí	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
No	1,04	(1,00-1,08)	1,13	(1,08-1,18)	1,12	(1,04-1,21)	1,01	(0,92-1,11)
<b>IMC</b>								
Normopeso	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
Sobrepeso	0,76	(0,73-0,79)	0,98	(0,93-1,03)	1,16	(1,06-1,26)	1,13	(1,02-1,25)
Obeso	0,66	(0,62-0,70)	0,92	(0,85-1,00)	1,37	(1,23-1,54)	1,14	(0,99-1,31)
<b>Año ENSE</b>								
2006	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)	1,00	(cat. Ref.)
2003	0,71	(0,68-0,75)	0,66	(0,62-0,71)	1,69	(1,50-1,89)	1,72	(1,48-2,00)
2001	0,82	(0,76-0,89)	0,82	(0,75-0,90)	1,27	(1,06-1,53)	1,24	(1,00-1,54)
1997	0,79	(0,73-0,86)	0,76	(0,69-0,83)	1,27	(1,06-1,53)	1,30	(1,05-1,61)
1995	0,70	(0,67-0,74)	0,63	(0,60-0,68)	1,42	(1,26-1,60)	1,35	(1,17-1,56)
1993	0,98	(0,94-1,04)	1,12	(1,37-1,56)	2,60	(2,34-2,90)	2,67	(2,33-3,06)

Los resultados obtenidos del análisis multivariante realizado mediante la prueba de regresión logística para el consumo de automedicación aceptable y no aceptable en los últimos 15 días evidencia el efecto independiente de cada una de las variables del estudio.

Las mujeres se automedican de manera aceptable e inaceptable un 44 y un 25% respectivamente más que los hombres. La automedicación aceptable muestra asociación negativa con la edad, siendo su magnitud especialmente relevante a partir de los 50 años: su consumo es un 53% menor en los sujetos de más de 65 años con respecto a los de 16-18 años. Sin embargo se asocia positivamente con la automedicación inaceptable: los sujetos de 50-64 años se automedican inaceptablemente un 81% más que la categoría de referencia. Con respecto al estado civil, no se observa asociación con la automedicación aceptable pero sí con la automedicación inaceptable: los sujetos separados o divorciados se automedican inaceptablemente un 41% más que los solteros.

La formación académica se encuentra directamente asociada con la automedicación aceptable e inaceptable. Así, los sujetos con estudios universitarios se automedican de manera aceptable e inaceptable un 36% y un 51% respectivamente más que los sujetos sin estudios.

En cuanto a los hábitos de salud, se automedican más de manera aceptable los exfumadores que los no fumadores (13%) y la automedicación inaceptable es superior en los fumadores (25%). La automedicación aceptable disminuye en los individuos obesos y los sujetos con sobrepeso se automedican de manera inaceptable un 13% más que los que tienen un peso normal. El consumo de alcohol muestran asociación positiva con la automedicación aceptable, siendo esta un 38% superior en aquellos que consumen entre 0 y 4 ubes/día con respecto a las personas que no consumen alcohol. Por el contrario, en lo que se refiere a automedicación inaceptable los sujetos que consumen más de 22 ubes/día se automedican un 39% menos que los que no consumen alcohol. Por último, los sujetos que no duermen 8 horas al día se automedican de manera aceptable un 13% más que los que sí lo hacen, mientras que con respecto a la automedicación inaceptable no se evidencia asociación.

Con respecto a las variables demográficas, se ha observado asociación entre el tamaño del municipio de residencia y la automedicación aceptable, de tal forma que la magnitud de la asociación se ve incrementada conforme aumenta la población de los

municipios. Con respecto a la automedicación inaceptable no se ha encontrado asociación.

En lo relativo a las variables que miden la presencia de enfermedad, se ha observado que la reducción en la actividad por problemas de salud se asocia con la automedicación aceptable e inaceptable. Las personas que han reducido su actividad se automedican de manera aceptable un 46% más que los que no la han tenido que reducir; lo mismo ocurre con la automedicación inaceptable, pero en menor proporción, el 25%. Los sujetos con enfermedad crónica muestran una asociación negativa con la automedicación aceptable, ya que se automedican un 6% menos que los que no la presentan; por el contrario, se observa una asociación positiva con la automedicación inaceptable, que es un 52% mayor. La automedicación aceptable también se asocia con el estado de salud percibido, de forma que la asociación es positiva en los sujetos que lo consideran bueno respecto a los que lo consideran como muy bueno y negativa para los que consideran su estado de salud como malo y muy malo, llegando a ser un 43% inferior. En lo que se refiere a la automedicación inaceptable, el consumo es un 46% superior en los sujetos que la consideran regular con respecto a los que la consideran muy buena y un 35% superior para los que consideran su estado de salud malo.



## DISCUSIÓN

---



## 8.- DISCUSIÓN

### 8.1.- Factores explicativos del consumo de medicamentos

Las Encuestas Nacionales de Salud de los diferentes países se han convertido en una herramienta muy válida y ampliamente utilizada por muchos investigadores, ya que permiten obtener información del estado de salud de la población y relacionar morbilidad, utilización de servicios sanitarios y hábitos de vida entre sí y entre determinadas características sociodemográficas y geográficas<sup>8,43,62, 64,77,90-89,125,137</sup>.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran que la prevalencia de consumo de medicamentos experimenta pocas variaciones entre los años 1987 a 1997, pero sufre un incremento del 19% del 2001 al 2003 y un 35% del 2003 al 2006. Este aumento tan relevante en el 2006 pudiera estar justificado en cierta medida por la inclusión de los productos homeopáticos y naturistas en la lista de medicamentos evaluados en esta encuesta.

Teniendo en cuenta que el proceso de medicación de un paciente comienza con la identificación de su problema de salud, continúa con la prescripción para esa indicación por parte del médico, con la correspondiente dispensación farmacéutica y finaliza con la ingesta efectiva del medicamento, debemos considerar, además de otros estudios, los realizados sobre calidad de prescripción, entendida esta como calidad del diagnóstico, calidad del medicamento prescrito y adecuación del medicamento a la indicación, ya que pueden justificar también el incremento de dicho consumo. Caamaño et al.<sup>156</sup> plantea un modelo teórico que sugiere que para disminuir la cantidad de la prescripción y aumentar su calidad es necesario aumentar la formación reglada de los médicos y que esta se halle orientada específicamente a Atención Primaria. También plantea, coincidiendo con otros estudios<sup>157</sup>, la necesidad de regular las actividades formativas de la industria farmacéutica, ya que ejercen un efecto negativo sobre la calidad y la cantidad de la prescripción, y que se reemplacen por fuentes de información independientes tales como guías y boletines.

La evolución de la sociedad en los países desarrollados ha permitido alcanzar un estado de bienestar en el que la población puede solicitar servicios de salud que antes no demandaba, lo que también favorece una progresiva medicalización de la vida moderna, influenciada indudablemente por los medios de comunicación y por una actitud mercantilista y consumista de la sociedad. Es evidente que el consumo de medicamentos

constituye un determinante de la salud de los individuos, pues pueden modificar el curso natural de las enfermedades, prevenirlas, aliviarlas e incluso provocarlas.

La “cultura del medicamento” en los países desarrollados se manifiesta en una gran demanda de fármacos, ya sea canalizada a través de la medicación recetada como de la automedicación<sup>8</sup>. Según un estudio realizado en nuestro país sobre demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica, se dispensa un 10,8% de medicamentos que requieren receta sin presentarla, el 69,7% de los cuales son tratamientos médicos (crónicos, agudos o urgentes) y el 20% es automedicación<sup>44</sup>.

Coincidiendo con lo encontrado por otros investigadores<sup>43,88,90,112</sup>, nuestros resultados muestran que las mujeres consumen más medicamentos que los hombres. Esto puede ser debido a una mayor tendencia al autocuidado, a una mayor frecuencia del uso de servicios sanitarios tales como consultas médicas o farmacéuticas y a la responsabilidad en la adquisición y almacenaje de los medicamentos<sup>8,88</sup>. Tampoco debemos olvidar ni menospreciar la influencia de posibles patologías asociadas a la menstruación, que requieren frecuentemente el consumo de determinados grupos de medicamentos como analgésicos, antiinflamatorios, antianémicos, antifibrinolíticos, productos hormonales, etc.

El consumo de medicamentos aumenta de manera significativa con la edad y se incrementa considerablemente a partir de los 50 años, como se recoge en otros trabajos revisados<sup>8,56,90</sup>. El envejecimiento progresivo de la población es un fenómeno característico de las sociedades occidentales y es precisamente la población anciana quien consume más de la mitad de los fármacos dispensados en nuestro país. Por eso no sorprende objetivar que las personas de mayor edad con enfermedades crónicas que perciben su estado de salud como muy malo, malo o regular y que han reducido su actividad por problemas de salud consuman más medicamentos.

Con respecto a la influencia del estado civil sobre el consumo de medicamentos hemos observado que son los sujetos viudos los que presentan un mayor consumo. La influencia del estado de viudedad podría justificarse no sólo por la probabilidad de vivir solos, sin posibilidad de ayuda cercana ante cualquier incidencia en su salud, lo que podría suponer un mayor temor y un mayor requerimiento de servicios sanitarios en dichas situaciones, sino también por la utilización de dichos servicios sanitarios como una forma de interrelación personal sin que en muchos casos exista en realidad un verdadero problema de salud.



Los resultados de nuestro estudio muestran que son las personas con estudios universitarios y residentes en poblaciones de más de 400.000 habitantes los que consumen más medicamentos, resultados que coinciden con los apuntados por otros autores<sup>8,90</sup>.

Pocos trabajos tienen en cuenta el índice de masa corporal y las horas de sueño diarias como posibles factores influyentes en el consumo de medicamentos. En nuestra investigación hemos observado que el mayor consumo de fármacos se asocia a las personas con sobrepeso y obesas y a las que duermen menos de 8 horas diarias. Sin embargo, en un estudio sobre consumo de fármacos psicótropos no se encontró relación con el IMC y sí se evidenció aumento del consumo de este tipo de medicamentos con el hecho de dormir más de 7 horas al día<sup>30</sup>.

En lo que atañe al hábito tabáquico se ha observado que los sujetos fumadores y exfumadores consumen más medicamentos que los no fumadores. Cabe recordar que a mediados del siglo XX se demostró científicamente que el hecho de fumar tabaco, y en especial cigarrillos, constituye un factor causal y/o agravante de numerosas enfermedades que afectan al aparato cardiovascular, respiratorio, digestivo, etc,... lo que explica lógicamente que dicho hábito se relacione con un mayor consumo de medicamentos.

En relación con la ingesta de alcohol encontramos, sorprendentemente, una asociación negativa entre esta y el consumo de medicamentos. Es posible que el sujeto con hábito alcohólico no acuda por sí mismo, al menos inicialmente, a los servicios de salud sino solo cuando comienza a sufrir cualquiera de las múltiples y serias patologías ligadas al consumo continuado y/o agudo y/o abusivo de alcohol, circunstancia que podría justificar al menos en parte este hallazgo.

### **8.2.- Factores explicativos del consumo de medicamentos prescritos vs. autoconsumidos**

El análisis del consumo de medicamentos prescritos y automedicados, a diferencia del de consumo de medicamentos en general, se inicia con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1993, lo que se justifica porque en el año 1987 no se tuvo en cuenta si los medicamentos consumidos en los últimos 15 días habían sido recetados por un médico o no.

En nuestro estudio se observa que la prevalencia de consumo de medicamentos prescritos se vio incrementada de 1993 a 1995 en un 6%, que a partir de ese año fue decreciendo progresivamente hasta el 2003 y que en el 2006 se consume un 55% más de medicamentos prescritos que en 2003. No sucede lo mismo con la automedicación: los sujetos se automedicaron un 34% más en 1995 que en 1993 y en los años sucesivos la prevalencia de automedicación se mantiene más o menos constante hasta llegar a la Encuesta del 2006, año en que esta repunta un 22% con respecto al año anterior.

El 24 de junio del año 2000 se publica en el Boletín Oficial del Estado el Real Decreto-Ley 5/2000<sup>158</sup> sobre medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico y utilización racional del uso del medicamento, en el que se indica la conveniencia de su inmediata puesta en práctica. La puesta en marcha de esta ley puede justificar en gran medida la tendencia decreciente de consumo de medicamentos prescritos a partir del año 2001 y hasta el 2003; sin embargo, llama la atención que esta tendencia se invierta en el año 2006 de forma muy significativa, además, ya que su prevalencia aumenta un 55%, como ya hemos referido.

Por otra parte, el incremento del 22% observado en la automedicación en el año 2006 puede estar relacionado, como sugieren algunos autores<sup>49,75</sup>, con el hecho de que la sociedad española está cada vez más desarrollada y mejor informada, lo que supondría una mayor implicación de los individuos en su autocuidado o en el de su familia ante enfermedades comunes o banales que no requieran la valoración de un médico. También deberíamos considerar que al menos un porcentaje de automedicación podría justificarse por la dificultad de disponer de tiempo y/o posibilidad de ausentarse del trabajo para acudir a los servicios sanitarios.

Nuestros resultados demuestran que las mujeres españolas tienen mayor tendencia al consumo de medicamentos prescritos que los hombres, coincidiendo con lo apuntado por otros autores<sup>103-107</sup>. Este mayor consumo podría explicarse por una mayor afluencia

de las mujeres a las consultas médicas y, en consecuencia, por más oportunidades para objetivar y diagnosticar patologías. Por otro lado, la mayor longevidad de las mujeres puede condicionar el aumento de patologías agudas y crónicas, lo que incrementaría el consumo de medicamentos.

Con respecto a la automedicación, nuestros resultados también coinciden con los obtenidos en otros estudios de investigación realizados en España y en otros países<sup>8,37,43</sup> en los que se observa que las mujeres se automedican más que los hombres, aunque en algún caso, muy concreto, se ha detectado en los hombres una mayor prevalencia de automedicación<sup>76</sup>. La mayor tendencia a la automedicación entre las mujeres podría explicarse por una mayor cultura del autocuidado, por la responsabilidad en la adquisición y almacenaje en los domicilios de los medicamentos y/o por una mayor autoprescripción inducida por los comentarios al transmitirse sus experiencias<sup>7,88</sup>.

En términos de edad de la población objetivamos un mayor consumo de medicamentos prescritos entre los sujetos con edades superiores a los 50 años, coincidiendo con los resultados de otros investigadores<sup>56,90,104</sup>.

Con la automedicación observamos, sin embargo, una asociación negativa con la edad: en los sujetos con edades entre los 19 y los 25 años se constata más automedicación. Otros estudios han encontrado que la franja de edad que presentaba mayor asociación con la automedicación era la comprendida entre los 25 y los 44 años<sup>56,90</sup>.

En lo relativo al estado civil se observa que son los sujetos viudos los que consumen más fármacos prescritos. Esta circunstancia podría estar relacionada con el hecho de que las personas viudas suelen tener más edad e incluso estar jubiladas, situación que les permitiría disponer de más tiempo libre para acudir al médico y, lo que es de máxima relevancia, acceder a los medicamentos recetados, que para este colectivo de jubilados están exentos de copago en España. Además, como ya hemos referido, hay que tener en cuenta otros factores que pueden afectar al colectivo de viudos, como es el sentimiento de soledad y/o desamparo ante la enfermedad. Por último, con respecto a la automedicación, a diferencia de otros estudios<sup>66</sup>, no se ha encontrado relación con el estado civil.

Las personas que padecen enfermedades crónicas y que declaran percibir su estado de salud como no muy bueno, es decir, los que lo consideran muy malo, malo, regular o

incluso bueno, consumen más medicamentos prescritos. Esta situación es por sí misma justificable, máxime cuando en España las personas que padecen algunas enfermedades crónicas solo pagan un 10% del precio del medicamento.

Con respecto a la automedicación los estudios revisados ofrecen diferentes conclusiones: en unos<sup>8,30,56</sup> se observa que padecer alguna enfermedad crónica y declarar un pobre estado de salud aumenta la probabilidad de automedicarse, y en otros<sup>64,66</sup> se observa que son los sujetos que no padecen enfermedades crónicas y que tienen una buena percepción de su estado de salud los que tienen mayor probabilidad de automedicación.

Nuestros resultados coinciden con estos últimos: se automedican más los sujetos libres de enfermedades crónicas y los que perciben como bueno su estado de salud. Este hecho se podría atribuir a una mayor implicación de estas personas en su autocuidado y/o en el de su familia ante enfermedades comunes o banales, a diferencia de los que padecen enfermedades crónicas, conminados a acudir a su médico no solo a por la medicación de su patología ya conocida sino por el temor y riesgo a automedicarse ante posibles interferencias con su medicación habitual.

En nuestro estudio hemos encontrado un mayor consumo de medicamentos prescritos en los sujetos que residen en poblaciones de más de 400.000 habitantes, coincidiendo con los resultados de otros investigadores<sup>8</sup>.

Con respecto a la automedicación los resultados también coinciden con los de otros autores<sup>8</sup> que han objetivado un aumento de la prevalencia de automedicación en los hábitats más grandes. Nuestros resultados indican que las personas que viven en poblaciones de más de 1.000.000 de habitantes se automedican un 68% más que las que viven en municipios de menos de 2.000 habitantes. Esta mayor tendencia a la automedicación entre los sujetos que residen en grandes poblaciones podría ser atribuida, como sugieren algunos autores<sup>7,8,42</sup>, a una mayor restricción del tiempo personal, a la insatisfacción provocada por las listas de espera y la masificación de los servicios de atención sanitaria, a una mayor accesibilidad a las farmacias e incluso a la posibilidad de disponer de un mayor poder adquisitivo.

A diferencia del estudio danés realizado por Nielsen et al.<sup>56</sup>, observamos relación entre la automedicación y las personas con formación universitaria, resultados que coinciden con los obtenidos por otros investigadores<sup>8,64,107</sup>. Este hecho podría justificarse

por un más fácil acceso al propio conocimiento de los medicamentos, a un sentimiento mayor de independencia y de autonomía que podría hacerles obviar la visita médica e incluso a unas mejores posibilidades económicas.

En el análisis de los estilos de vida encontramos que los sujetos que duermen menos de 8 horas diarias tienen más probabilidades de consumir medicamentos prescritos y también de automedicarse. Por otro lado, las personas que declaran haber ingerido alcohol en los últimos 15 días y ser fumadoras en el momento de la entrevista tienen más probabilidades de automedicarse, resultados que coinciden con los obtenidos en otros estudios<sup>30,64,60</sup>. En este hecho posiblemente influya el rechazo de estos sujetos a escuchar el consejo del profesional de abandonar el hábito tóxico, ya sea independientemente de la patología actual o mientras ingieran la medicación prescrita.

### 8.3.- Factores explicativos de la automedicación aceptable vs. inaceptable

En un estudio realizado por Figueiras et al.<sup>8</sup> sobre los factores asociados a la automedicación en España se define el concepto de *automedicación indeseable*. Para estos autores sería automedicación indeseable el consumo sin receta médica de al menos uno de los siguientes medicamentos: antiinflamatorios para el reumatismo, cardiotónicos, antibióticos, antidepresivos-tranquilizantes, hipolipemiantes e hipoglucemiantes. En nuestro estudio hemos ampliado el grupo de medicamentos añadiendo los antihipertensivos, los anticonceptivos, las hormonas sustitutivas, los medicamentos para adelgazar y para las alergias. Por otro lado, consideramos como automedicación aceptable el consumo de medicamentos sin receta médica para la gripe, para el dolor, para la fiebre, los laxantes y los reconstituyentes como vitaminas, minerales y tónicos.

La Organización Mundial de la Salud ha constatado que la automedicación es una práctica común en todo el mundo<sup>159</sup>. Esto puede tener importantes consecuencias, tanto directas para la salud del individuo como indirectas para el nivel de salud poblacional comunitario<sup>7</sup>.

En España la demanda y la venta de fármacos sin prescripción médica son también fenómenos frecuentes<sup>42</sup>, motivo por el cual el Ministerio de Sanidad y Consumo ha impulsado diversas campañas para promocionar el consumo racional de medicamentos<sup>41,160,161</sup> y en nuestro estudio hemos comprobado su eficacia. La población española se automedicó de manera inaceptable un 72% menos en el año 2006 que en el año 2003 y en relación a la automedicación aceptable se objetivó un incremento del 34%.

Los resultados obtenidos indican que los colectivos que tienden a automedicarse de manera aceptable son las mujeres, los individuos con edades comprendidas entre los 19 y los 29 años, los que tienen estudios universitarios, los que residen en poblaciones de más de 1.000.000 de habitantes, los exfumadores, las personas con adecuado IMC, las que no padecen enfermedades crónicas, las que consideran su estado de salud como bueno y las que consumen alcohol moderadamente.

El mayor consumo de automedicación inaceptable se encuentra en las mujeres, en sujetos con edades comprendidas entre los 50 y los 64 años, en los separados/divorciados, en las personas con estudios universitarios, en las que residen en poblaciones de 10.001-50.000 habitantes, en los fumadores, en los obesos, en los que

padecen enfermedades crónicas y en los que consideran su estado de salud como muy malo, malo e incluso regular.

Hemos observado que las mujeres se automedican de manera aceptable e inaceptable más que los hombres. Debemos señalar que quizá el hecho de haber incluido en la relación de medicamentos los anticonceptivos, de uso exclusivo por las mujeres, podría haber influido en estos datos.

En cuanto a la automedicación inaceptable, los resultados coinciden con los obtenidos por Figueiras et al.<sup>8</sup> siendo los sujetos de más de 50 años y los que padecen alguna enfermedad crónica los que consumen más medicamentos de manera inaceptable. Este hecho se podría atribuir a la circunstancia de que quizá en los tratamientos de larga duración el paciente es más propenso a modificar la dosis, la pauta posológica o incluso a interrumpir su ingesta, prácticas que también pueden ser consideradas como expresiones de automedicación indeseable<sup>43</sup>. Cabe recordar que el grupo de medicamentos que hemos evaluado es más amplio que el considerado por el equipo de Figueiras, como ya hemos referido.

La automedicación inaceptable es un hábito peligroso para quien lo practica, con consecuencias como enmascarar enfermedades, favorecer su contagio, la aparición de efectos adversos, la persistencia y/o agravamiento de la enfermedad, la resistencia a los medicamentos empleados, el fomento de la drogodependencia... que en algunos casos se convierten en un problema de salud pública de primer orden que requiere una respuesta global.

El uso irracional del medicamento es un problema de salud multifactorial que precisa de la participación de todos los implicados y especialmente del apoyo institucional. Es un deber de los profesionales sanitarios no bajar la guardia en temas de educación para la salud, lo que implica, entre otras medidas, ser estrictos cuando en las consultas los pacientes comentan que han consumido medicamentos que requieren receta médica sin haber sido prescritos por profesionales facultados para tal fin. Se debe actuar de manera inmediata e informar a los pacientes con la suficiente claridad sobre los riesgos y las posibles consecuencias de esa actitud, lo que conduciría a una automedicación responsable ante un futuro problema de salud<sup>75</sup>.

Otro factor sociomédico a tener en cuenta es el cumplimiento de la Ley del Medicamento que establece que, para determinados fármacos, la presentación de la receta

médica es un requisito imprescindible previo a la dispensación<sup>10</sup>. Sin embargo es conocido que en España la demanda y la dispensación sin receta de medicamentos que la precisan es una práctica habitual<sup>43,44</sup>. Los farmacéuticos que dispensan sin receta medicamentos sujetos a prescripción se encuentran en la ilegalidad y en la mayoría de los casos esta actitud no favorece el uso racional de los medicamentos, por lo que estas prácticas deberían ser vigiladas y sancionadas por las autoridades competentes.

No cabe duda de que existe la posibilidad de modificar las conductas de uso irracional de los medicamentos. Las autoridades deben promover campañas que involucren a médicos, farmacéuticos y en general a toda la población, con especial interés en los grupos relacionados con un mayor consumo de automedicación inaceptable. Estas posibles intervenciones, evaluables periódicamente para comprobar su eficacia, deberían estar encaminadas a cambiar hábitos inadecuados de prescripción, de dispensación y de consumo de medicamentos.

Para concluir, debemos citar tres posibles limitaciones de nuestro estudio: (1) El estudio no tiene en cuenta las posibles variaciones estacionales que podrían afectar a los datos de morbilidad, hábitos de vida y utilización de recursos sanitarios hasta la Encuesta Nacional de Salud de 1995. A partir de este año se comenzó a recoger la información refiriéndola a los cuatro trimestres, por lo que los resultados obtenidos a partir de 1995 están desestacionalizados. No sucede lo mismo con los datos recogidos en las Encuestas de 1987 y de 1993 que se realizaron, respectivamente, en el verano y en el invierno, por lo que contienen datos estacionalizados; (2) No podemos descartar potenciales sesgos de información al haber recogido los datos mediante entrevista directa. Es posible que dependiendo o no de las características socioculturales del momento algunos sujetos entrevistados mostraran ciertas reticencias tanto a la hora de reconocer el consumo prescrito o automedicado de algunos medicamentos como de ciertos hábitos de vida; y (3) Las encuestas recogen datos globales de consumo de medicamentos en los últimos 15 días sin diferenciar los de uso específico por parte de la mujer, que pudieran llegar a ser una proporción significativa al menos en determinados rangos de edad.



## **CONCLUSIONES**

---



## 9.- CONCLUSIONES

1. La prevalencia de consumo de medicamentos en la población adulta española experimenta poca variación en el período 1987 - 1997. A partir del año 2001 se presentan variaciones significativas, probablemente asociadas a la inclusión en las encuestas de nuevos tipos de medicamentos.
2. La prevalencia de consumo de medicamentos prescritos se mantiene esencialmente estable en el período 1993 - 2003. En el año 2006 se produce un significativo incremento en la proporción de sujetos que han consumido medicamentos prescritos en los últimos 15 días.
3. La proporción de sujetos que se automedica presenta su valor más elevado en el año 1993. Durante el período 1995 - 2003 se evidencia un descenso significativo, con punto de inflexión en el año 2006.
4. La automedicación aceptable presenta su valor más elevado en el año 1993. Durante el período 1995 - 2003 se evidencia un descenso significativo, con un repunte en el año 2006.
5. La automedicación inaceptable presenta su valor más elevado en el año 1993. A partir de ese año se evidencia un descenso significativo, para situarse en el año 2006 en valores inferiores al 50% con respecto al año 1993.
6. El mayor consumo de medicamentos prescritos se encuentra en las mujeres, en sujetos mayores de 50 años, viudos, fumadores, obesos, que duermen menos de 8 horas diarias y que residen en poblaciones de más de 400.000 habitantes.
7. La mayor prevalencia de automedicación se encuentra en las mujeres, en los sujetos con estudios secundarios o superiores, fumadores, consumidores de alcohol, que duermen menos de 8 horas diarias y que residen en grandes ciudades.
8. Los colectivos que en mayor medida se automedican de manera aceptable son las mujeres, los individuos con edades comprendidas entre los 19 y 29 años, los sujetos que tienen estudios universitarios, exfumadores, que consumen alcohol moderadamente y que residen en grandes ciudades.
9. El mayor consumo de automedicación inaceptable se encuentra en las mujeres, en los sujetos con edades entre 50 y 64 años, en los separados/divorciados, en las personas con estudios universitarios, en los fumadores, en los que padecen

## CONCLUSIONES

---

enfermedades crónicas y en los que consideran su estado de salud como muy malo, malo e incluso regular.

10. Los resultados de nuestro estudio muestran una significativa proporción de sujetos que se automedican de forma inaceptable. Las autoridades deben promover campañas que involucren a médicos, farmacéuticos y en general a toda la población, con especial interés en los grupos relacionados con un mayor consumo de automedicación inaceptable.

## **BIBLIOGRAFÍA**

---



## 10.- BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> Conferencia Sanitaria Internacional, 22 de julio de 1946 (Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off.Org. mond. Santé, 2, 100).
- <sup>2</sup> World Health Organization. Resoluciones WHA 30.43 y WHA 32.30. Geneva: World Health Organization, 1977.
- <sup>3</sup> Constitución Española. BOE núm. 311 de 29/12/1978.
- <sup>4</sup> Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Primary Health Care - PHC), Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978.
- <sup>5</sup> Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud. BOE núm. 27 de 1/2/1984.
- <sup>6</sup> Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE núm. 102 de 25/04/1986.
- <sup>7</sup> Baos Vicente V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. Inf Ter Sist Nac. 2000; 24: 147-52.
- <sup>8</sup> Figueiras A, Caamano F, Gestal-Otero JJ. Sociodemographic factors related to self medication in Spain. Eur J Epidemiol 2000; 16: 19–26.
- <sup>9</sup> De Abajo F. Medications as a solution and a problem for public health. Brief overview of the pharmacoepidemiologic objectives. Rev Esp Salud Publica 2001; 75: 281–283.
- <sup>10</sup> Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. BOE núm. 306 de 22/12/1990.
- <sup>11</sup> Directiva 2004/27/CE del Parlamento Europeo y del Consejo. DOCE de 31/03/2004.
- <sup>12</sup> Directiva 2004/28/CE del Parlamento Europeo y del Consejo. DOCE de 31/03/2004.
- <sup>13</sup> Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 178 de 27/07/2006.
- <sup>14</sup> World Health Organization. Promoting Rational Use of Medicines: Core Components - WHO Policy Perspectives on Medicines. Geneva: World Health Organization, 2002.
- <sup>15</sup> World Health Organization. The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts. Nairobi: World Health Organization, 1985.
- <sup>16</sup> Orden de 7 de noviembre de 1985, del Ministerio Sanidad y Consumo. BOE núm. 275 de 16/11/1985.
- <sup>17</sup> Real Decreto 1910/1984, de Receta Médica. BOE núm. 259 de 16/10/1984.
- <sup>18</sup> Ley 28/2009, de modificación de la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 315 de 31/12/2009.
- <sup>19</sup> Real Decreto 1718/2010, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE núm. 17, de 20/01/2011.
- <sup>20</sup> L' Association Française de l'Industrie Pharmaceutique por une Automedicación Responsable. La consommation de médicaments non prescrits, n° 105. Marzo 2001.

- <sup>21</sup> Arbás E, Garzón R, Suarez A, et al. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. *Aten Primaria*. 1998; 23: 165-70.
- <sup>22</sup> Valderrama E, Rodríguez F, Palacios A, et al. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Rev Esp Salud Pública*. 1998; 72: 209-19.
- <sup>23</sup> Marco JL, Boscá B, San Martín MD, et al. Ingresos hospitalarios por problemas relacionados con la medicación en el Hospital General de Requena (1997-2000). *Pharm Care España*. 2002; 4: 286-99.
- <sup>24</sup> Alonso P, Otero MJ, Maderuelo JA. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: incidencia, características y coste. *Farm Hosp*. 2002; 26: 76-90.
- <sup>25</sup> Raschetti R, Morgutti M, Mennti-Ippolito F, et al. Suspected adverse drug events requiring emergency department visits or hospital admissions. *Eur J Clin Pharmacol*. 1999; 54: 959-63.
- <sup>26</sup> Martín MT, Codina C, Tuset M, et al. Problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2002; 118: 205-10.
- <sup>27</sup> Baena MI, Fajardo P, Luque FM, et al. Problemas relacionados con los medicamentos en usuarios de un servicio de urgencias hospitalario: resultados de la validación de un cuestionario. *Pharm Care Esp*. 2001; 3: 345-57.
- <sup>28</sup> Blasco P, Mariño E, Aznar M, et al. Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de medicación para su aplicación en hospitales. *Farm Hosp*. 2001; 25: 253-73.
- <sup>29</sup> Mateo R, Rupérez O, Hernando MA, et al. Consumo de psicofármacos en atención primaria. *Aten Primaria*. 1997; 19: 47-50.
- <sup>30</sup> Carrasco P, Astasio P, Ortega P, et al. Factores asociados al consumo de fármacos psicotrópicos en la población adulta española. Datos obtenidos a partir de las Encuestas Nacionales de Salud de España de los años 1993, 1995 y 1997. *Med Clin (Barc)*. 2001; 16: 324-9.
- <sup>31</sup> United Nations. *Psychotropic Report 2009*. New York: United Nations, 2009.
- <sup>32</sup> World Health Organization. The paper of the pharmacist in the system of attention of health. Tokyo: Report of the Meeting of the WHO, 1993.
- <sup>33</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento de Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
- <sup>34</sup> World Health Organization. Health promotion glossary. A discussion document. Copenhagen: European Regional Office, World Health Organization, 1985.
- <sup>35</sup> World Health Organization. Guidelines for the medical assessment of drug for use in self-medication. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1986.
- <sup>36</sup> Francis SA, Barnett N, Denham M. Switching of prescription drugs to over-the counter status: is it good thing for the elderly? *Drugs Aging*. 2005; 22: 361-70.
- <sup>37</sup> Wazaify M, Shield E, Hughes CM, et al. Societal perspectives on over the counter (OTC) medicines. *Fam Pract*. 2005; 22: 170-176.



- <sup>38</sup> World Health Organization. Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication. Geneva: World Health Organization, 2000.
- <sup>39</sup> World Health Organization. The role of the Pharmacist in self-care and self-medication. Geneva: World Health Organization, 2000.
- <sup>40</sup> Fidalgo ML, López C. Automedicación: análisis de los resultados de una encuesta realizada a usuarios de oficinas de farmacia. *Medifam*. 1995; 5: 245-252.
- <sup>41</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Uso Racional del Medicamento, Campañas 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
- <sup>42</sup> Barbero A, Pastor R, del Arco-Ortiz J, et al. Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica. *Aten Primaria*. 2006; 37: 78-87.
- <sup>43</sup> Caamaño F, Figueiras A, Lado Lema E, et al. La automedicación: concepto y perfil de los usuarios. *Gac. Sanit*. 2000; 14: 294-9.
- <sup>44</sup> Barbero A, Alfonso Galan T. Consulta de indicación farmacéutica en una farmacia comunitaria. *Pharm. Care Esp*. 2002; 4: 106-17.
- <sup>45</sup> Caamaño F, Tomé-Otero M, Takkouche B, et al. Factors related with prescription requirement to dispense in Spain. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2004; 13: 405-409.
- <sup>46</sup> Danti G, Castellani L. La prescripción inducida en medicina general. Investigación orientada a la reflexión sobre los estudios de utilización de los fármacos. *Farm Clin*. 1991; 8: 236-52.
- <sup>47</sup> Laporte JR, Castel JM. El médico ante la automedicación. *Med Clin (Barc)*. 1992; 99: 414-416.
- <sup>48</sup> Laporte JR. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 795-796
- <sup>49</sup> Jubete MJ. Automedicación en España. ¿Qué podemos hacer? *Aten Primaria*. 2004; 34:445-6.
- <sup>50</sup> Hernández B, Eiros JM. Automedicación con antibióticos: una realidad vigente. *Centro de Salud*. 2001; 6: 357-64.
- <sup>51</sup> Boletín Terapéutico Andaluz. Utilización de Medicamentos. Automedicación: riesgos y beneficios. *Boletín Terapéutico Andaluz*. 1996; 12: 17-18.
- <sup>52</sup> Gómez O, Leobardo M, Galar M, et al. Estudio de automedicación en una farmacia comunitaria de la ciudad de Toluca. *Rev. Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*. 2009; 40: 5-11.
- <sup>53</sup> Van Zyl-schalekamp. Self-medications in three Orange free state communities. *S Afr Med J*. 1993; 83: 345-346
- <sup>54</sup> Loyola AI, Lima-Costa MF, Uchoa E. Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 1661-9.
- <sup>55</sup> Granda E. Automedicación ¿Qué medicamentos y otros productos toman los ciudadanos para el cuidado de su salud y por qué? *Farmacia Profesional*. 2008; 22: 8-14.
- <sup>56</sup> Nielsen MW, Hansen EH, Rasmussen NK. Prescription and nonprescription medicine use in Denmark: association with socioeconomic position. *Eur J Clin Pharmacol*. 2003; 59: 677-684.

- <sup>57</sup> Barnett N, Denham M. Switching of prescription drugs to over-the counter status: is it good thing for the elderly? *Drugs Aging*. 2005; 22: 361–70.
- <sup>58</sup> Beitz R, Dören M, Knopf H, et al. Self-medication with over-the-counter (OTC) preparations in Germany. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsförderung Gesundheitspolitik*. 2004; 47: 1043–50.
- <sup>59</sup> Wazaity M, Shields E, Hughes CM, et al. Societal perspectives on over-the-counter (OTC) medicines. *Family Practice*. 2005; 22: 170–176.
- <sup>60</sup> Wilcox CM, Cryer B, Triadafilopoulos G. Patterns of Use and Public Perception of Over-the-Counter Pain Relievers: Focus on Non steroidal Antiinflammatory Drugs. *J Rheumatol*. 2005; 32: 2218–24.
- <sup>61</sup> Abasaheed A, Vlcek J, Abuelkhair M, et al. Self-medication with antibiotics by the community of Abu Dhabi Emirate, United Arab Emirates. *J Infect Dev Ctries*. 2009; 3: 491–497.
- <sup>62</sup> Awad A, Eltayeb I, Matowe L, et al. Self-medication with antibiotics and antimalarials in the community of Khartoum State, Sudan. *J Pharm Pharm Sci*. 2005; 12: 326–31.
- <sup>63</sup> Berzanskyte A, Valinteliene R, Haaijer-Ruskamp FM, et al. Self-medication with antibiotics in Lithuania. *Int J Occup Med Environ Health*. 2006; 19: 246–53.
- <sup>64</sup> Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández Barrera V, et al. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2008; 17: 193–199.
- <sup>65</sup> World Health Organization. *Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS*, EB118/6. Geneva: World Health Organization, 2006.
- <sup>66</sup> Jiménez Rubio D, Hernández Quevedo C. Diferencias en la automedicación en la población adulta española según el país de origen. *Gac Sanit*. 2010; 24: 116.e1–116.e8.
- <sup>67</sup> Jubete MJ. Automedicación en España. ¿Qué podemos hacer? *Aten Primaria*. 2004; 34:445–6.
- <sup>68</sup> Orero A, González J, Prieto J. Antibióticos en los hogares españoles. Implicaciones médicas y socioeconómicas. *Med Clin*. 1997; 109: 782–5.
- <sup>69</sup> Väänänen MH, Pietilä K, Airaksiner M. Self-medication with antibiotics—Does it really happen in Europe?. *Health Policy*. 2006; 77: 166–171.
- <sup>70</sup> Ras E, Moya P. Prescripción médica o automedicación. *Aten Primaria*. 2005; 36 (5).
- <sup>71</sup> Ausejo M, Sáenz A. ¿Cómo mejorar la automedicación de nuestros pacientes? *Aten Primaria*. 2008; 40: 221–223.
- <sup>72</sup> World Health Organization. *World Health Report 2002*. Geneva: World Health Organization, 2002.
- <sup>73</sup> Lázaro Bengoa E, Madurga Sanz M, de Abajo Iglesias FJ. Evolución del consumo de antibióticos en España, 1985–2000. *Med Clin (Barc)*. 2002; 118: 561–8.

- <sup>74</sup> Smith RD, Coast J. Antimicrobial resistance: a global response. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80: 126-33.
- <sup>75</sup> Baos Vicente V. Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2000; 24: 147-52.
- <sup>76</sup> Martins AP, Miranda A, Mendes Z, et al. Self medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2002; 11: 409-414.
- <sup>77</sup> Sung HE, Richter L, Vaughan R, et al. Nonmedical use of prescription opioids among teenagers in the United States: Trends and correlates. *J Adolesc Health*. 2005; 37: 44-51.
- <sup>78</sup> Suarez MM, Llopis A, Caamaño F, et al. Adolescents in Spain: use of medicines and adolescent lifestyles. *Pharm World Sci*. 2009; 31: 656-663.
- <sup>79</sup> Boyd CJ, McCabe SE, Cranford JA, et al. Prescription Drug Abuse and Diversion Among Adolescents in a Southeast Michigan School District. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161: 276-81.
- <sup>80</sup> AEGSP. Etudes y resultants les medicaments no prescrits, 2001. Bruselas: AEGSP, 2001.
- <sup>81</sup> Ramírez O, Larrubia E, Escortell R. La automedicación responsable, la publicidad farmacéutica y su marco en la Atención Primaria. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2006; 32: 117-124.
- <sup>82</sup> Recalde JM, Zunzunegui MV, Béland F. Interacciones entre medicamentos prescritos en la población mayor de 65 años. *Aten Primaria*. 1998; 22: 434-9.
- <sup>83</sup> Generalitat de Catalunya. El bon ús dels medicaments. Estrategies de salut per a l'any 2010. Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Barcelona: Direcció General de Salut Pública, 2003.
- <sup>84</sup> O'Dogherty P, Morell E, Molero D, et al. Relación de la adhesión al tratamiento médico farmacológico con factores sociales, funcionales y con el estado cognitivo en población demandante de edad avanzada. *Aten Primaria*. 1997; 20: 324-8.
- <sup>85</sup> Alarcón T, Bárcena A, González-Montalvo JJ, et al. Factors Predictive of outcome on admission to an acute geriatric Ward. *Age Ageing*. 1999; 28: 429-32.
- <sup>86</sup> Veehof LJG, Meyboom-de-Jong B, Haaijer-Ruskamp FM. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *Eur J Gen Pract*. 2000; 6: 98-106.
- <sup>87</sup> Beers HM. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med*. 1997; 157: 1531-6.
- <sup>88</sup> Obermeyer CM, Schulein M, Hardon A, et al. Gender and medication use: An Exploratory, Multi-Site study. *Women&Health*. 2004; 39: 57-73.
- <sup>89</sup> Paulose-Ram R, Jonas BS, Orwig D, et al. Prescription psychotropic medication use among the U.S. adult population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Clin Epidemiol*. 2004; 57: 309-317.
- <sup>90</sup> Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández Barrera V, et al. Patterns of medication use in the immigrant population resident in Spain: associated factors. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2009; 18: 743-750.

- <sup>91</sup> Torres C, Orgaz P, Lozano F, et al. Psicofármacos en atención primaria: calidad de la prescripción. *Aten Primaria*. 1993; 11: 385-7.
- <sup>92</sup> Col N, Fanela JE, Kronholm P. The role of medication non compliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med*. 1990; 150: 841-5
- <sup>93</sup> Cabrita J, Ferreira HS, Iglesias P, et al. Study of drug utilization among student at Lisboa University in Portugal. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2002; 11: 333-334.
- <sup>94</sup> Bastante T, De la Morena F. Automedicación en población universitaria. XV Congreso de Estudiantes de Medicina Preventiva y Salud Pública: Hábitos saludables en el siglo XXI. Universidad Autónoma de Madrid. Junio 2002.
- <sup>95</sup> Guillem-Saiz P, Frances-Bozal F, Gimenez-Fernández F et al. Estudio sobre Automedicación en Población Universitaria Española. *Rev Clin Med Fam*. 2010; 3: 99-103.
- <sup>96</sup> Caamaño-Isorna F, Mota N, Crego A, et al. Consumption of medicines, alcohol, tobacco and cannabis among university students: a 2 year follow-up. *Int J Public Health*. 2011; 56: 247-52.
- <sup>97</sup> Aguado M, Nuñez Mb, Dos Santos Antola L, et al. Automedicación en Estudiantes de Farmacia de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina *Acta Farm Bonaerense*. 2005; 24: 271-6.
- <sup>98</sup> Sawalha AF. A descriptive study of self-medication practices among Palestinian medical and nonmedical university students. *Res Social Adm Pharm*. 2008; 4: 164-72.
- <sup>99</sup> McCabe SE, West BT, Wechsler H. Trends and college-level characteristics associated with the non-medical use of prescription drugs among US college students from 1993 to 2001. *Addiction*. 2007; 102: 455-65.
- <sup>100</sup> Campos J, Ferech M, Lázaro E, et al. Surveillance of outpatient antibiotic consumption in Spain according to sales data and reimbursement data. *J Antimicrob Chemother*. 2007; 60:698-701.
- <sup>101</sup> Carrasco P, Regidor E, Astasio P, et al. Estudio epidemiológico del consumo de psicótopos a partir de los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud de España del año 1993. *Medicina Preventiva*. 1998; 4: 6-14.
- <sup>102</sup> Northcott H., Bachynsky J. Concurrent utilization ofchiropractic, prescription medicines, non prescription medicinesand alternative health care. *Social Science and Medicine*. 1993; 37:431-435.
- <sup>103</sup> Sans S, Paluzie G, Puig T, et al. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit*. 2002; 16: 121-130.
- <sup>104</sup> Eggen AE. Pattern of drug use in a general population-prevalence and predicting factors: the Tromsf Study. *Int J Epidemiol*. 1994; 23: 1262-72.
- <sup>105</sup> Furu K, Straume B, Thelle DS. Legal drug use in a general population: association with gender, morbidity, health care utilization, and lifestyle characteristics. *J Clin Epidemiol*. 1997; 50: 341-9.

- <sup>106</sup> Tennis P. Drug utilization by the 30-64 years-old people in two cities in the Federal Republic of Germany in 1984. *Eur J Clin Pharmacol*. 1990; 38: 447-52.
- <sup>107</sup> Bardel A, Wallander MA, Svärdsudd K. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old women in mid-Sweden: a population based study. *J Clin Epidemiol*. 2000; 53: 637-43.
- <sup>108</sup> George E, Gearhart G. Common patient symptoms: patterns of self-treatment and prevention. *Journal of Mississippi State Medical Association*. 1993; 179-181.
- <sup>109</sup> Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Astasio-Arbiza P, et al. Psychotropics use in the Spanish elderly: predictors and evolution between years 1993 and 2003. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2007; 16: 449-457.
- <sup>110</sup> Emperereur F, Baumann M, Alla F, et al. Factors associated with consumption of psychotropics drugs in a cohort of men and women aged 50 years and over. *J Clin Pharm Ther*. 2003; 28: 61-68.
- <sup>111</sup> Gil E, Romo N, Poo M, et al. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 2005; 35: 402-407.
- <sup>112</sup> Gerritsen AA, Bramsen I, Deville' W, et al. Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. *Eur J Public Health*. 2006; 16: 394-399.
- <sup>113</sup> Fillenbaum GG, Horner RD, Hanlon JT, et al. Factors predicting change in prescription and nonprescription drug use in a community-residing black and White elderly population. *J Clin Epidemiol*. 1996; 49: 587-593.
- <sup>114</sup> Wazaify M, Kennedy S, Hughes CM, et al. Prevalence of over-the counter drug-related overdoses at accident and emergency departments in Northern Ireland—a retrospective evaluation. *J Clin Pharm Ther*. 2005; 30: 39-44.
- <sup>115</sup> Hernández I, Arenas ML, Valde R. Health care at home setting: social interaction and daily life. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35: 443-50.
- <sup>116</sup> Furu K, Straume B, Thelle DS. Legal drug use in a general population: association with gender, morbidity, health care utilization, and lifestyle characteristics. *J Clin Epidemiol*. 1997; 50: 341-9.
- <sup>117</sup> European Observatory on Health Care Systems. Health care systems in transition: Spain. Copenhagen: WHO, 2006.
- <sup>118</sup> Lexchin J, Grootendorst P. Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence. *Int J Health Serv*. 2004; 34: 101-22.
- <sup>119</sup> Lundberg L, Johannesson M, Isacson DG, et al. Effects of user charges on the use of prescription medicines in different socio-economic groups. *Health Policy*. 1998; 44: 123-34.

- <sup>120</sup> Rue M, Serna MC, Soler-González J, et al. Differences in pharmaceutical consumption and expenses between immigrant and Spanish-born population in Lleida (Spain): a six months prospective observational study. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8: 35.
- <sup>121</sup> Peñuela M, de la Espriella A, Escobar E, et al. Factores socioeconómicos y culturales asociados a la autoformulación en expendios de medicamentos en la ciudad de Barranquilla. *Salud Uninorte*. 2002; 16: 30-38.
- <sup>122</sup> Leyva R, Erviti J, Kageyama ML, et al. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*. 1998; 40: 1-8.
- <sup>123</sup> Garzón A, Jácome F, Jaramillo C, et al. Automedicación. Disponible en: <http://come.to/automedicacion>.
- <sup>124</sup> Llanos LF, Contreras CE, Velázquez JE, et al. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Rev Med Hered*. 2001; 12: 127-133.
- <sup>126</sup> Fierro I, Yáñez JL, Álvarez FJ. Mortalidad prematura y años potenciales de vida perdidos relacionados con el consumo de alcohol en España y en las comunidades autónomas en el año 2004. *Aten Primaria*. 2010; 42: 95-101.
- <sup>127</sup> Silla M, Rosón B. Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico del patrón de consumo. *Trastornos adictivos*. 2009; 11: 191-199.
- <sup>128</sup> Robledo T. Ministerio de Sanidad y Consumo. Alcohol y reducción de daños: políticas institucionales. *Trastornos adictivos*. 2002; 4: 233-243.
- <sup>129</sup> World Health Organization. The Global Status Report on Alcohol. Geneva: World Health Organization, Department of Substance Abuse, 2000.
- <sup>130</sup> Hansen AR, Ekholm O, Kjoller M. Health behaviour among non-Western immigrants with Danish citizenship. *Scand J Public Health*. 2008; 36: 205-10.
- <sup>131</sup> Johnson TP, VanGeest JB, Cho YI. Migration and substance use: evidence from the U.S. National Health Interview Survey. *Subst Use Misuse*. 2002, 37(8-10):941-72.
- <sup>132</sup> World Health Organization. European health for all database (HFADB). Updated. Geneva: World Health Organization, 2006.
- <sup>133</sup> Room R, Mäkelä K. Typologies of the cultural position of drinking. *J Stud Alcohol*. 2000; 61: 475-83.
- <sup>134</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010.
- <sup>135</sup> McCabe SE, Cranford JA, Morales M, et al. Simultaneous and concurrent polydrug use of alcohol and prescription drugs: prevalence, correlates, and consequences. *J Stud Alcohol*. 2006; 67: 529-37.
- <sup>136</sup> McCabe SE, Teter CJ, Boyd CJ. Illicit use of prescription pain medication among college students. *Drug Alcohol Depend*. 2005; 77: 37-47.

- <sup>137</sup> McCabe SE, Cranford JA, Boyd CJ. The relationship between past-year drinking behaviors and nonmedical use of prescription drugs: Prevalence of cooccurrence in a national sample Drug Alcohol Depend. 2006; 84: 281-288.
- <sup>138</sup> Ausejo M, Sáenz A. ¿Cómo mejorar la automedicación de nuestros pacientes? Aten Primaria. 2008; 40: 221-223.
- <sup>139</sup> Rivera B, Casal B, Cantarero D, et al. Adapting health services to specific needs and utilization patterns of the new Spaniards. Gac Sanit. 2008; 22 (Supl 1): 86-95.
- <sup>140</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida 2004 y 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
- <sup>141</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1987. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
- <sup>142</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
- <sup>143</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
- <sup>144</sup> World Health Organization. Health Interview Surveys. European series. N°58. Geneva: World Health Organization, 1996.
- <sup>145</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
- <sup>146</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.
- <sup>147</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2003; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
- <sup>148</sup> Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud de España 2006; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
- <sup>149</sup> World Health Organization. Technical Report Series 894: Obesity: Preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva 2000, pp. 203.
- <sup>150</sup> ©SPSS Inc, 444N. Michigan Avenue, Chicago Illinois 60611.
- <sup>151</sup> Doménech Massons JM. Fundamentos de diseño y estadística. UD 1.Descripción de datos cuantitativos. 11ª ed. Barcelona: Signo; 2010.
- <sup>152</sup> Dixon WJ, Brow MB, Engelman L, et al. BMDP, Statistical Software manual.University of California Press. Bekeley, California 1990.
- <sup>153</sup> Silva L. Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud. Madrid: Diaz de Santos, 1995.
- <sup>154</sup> Rothmann. Epidemiología Moderna. Madrid: Diaz de Santos, 1986.

- <sup>155</sup> Lemeshow S, Hosmer DW. The use of goodness-of-fit statistics in the development of logistic regression models. *Am J Epidemiol*. 1982; 115: 92-106.
- <sup>156</sup> Caamaño, F, Figueiras, A, Gestal-Otero, J.J. Condicionantes de la prescripción en Atención Primaria. *Aten. Primaria*. 2001; 27: 43-48.
- <sup>157</sup> Díaz, G., Palmeiro G., Nuñez E., et al. Opinión de los médicos de Atención Primaria de Ourense sobre algunos aspectos de su prescripción farmacéutica. *Rev Esp Salud Pública*. 2001; 75: 361-374.
- <sup>158</sup> Real Decreto-Ley 5/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico Público y de racionalización del Uso de los Medicamentos.
- <sup>159</sup> World Health Organization. Rational use of medicines. The world medicines situation. World Health Organization. Geneva, 2004.
- <sup>160</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Uso racional de los medicamentos. Campañas de Salud de 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- <sup>161</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Uso racional de los medicamentos. Campañas de Salud de 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.





